Rok XXXVIII. Kraków, 25 Lutego 1899. Nr. 8.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

I. Dr. Rutkowski: Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków (c. d.) . . . . str. 97—101
II. Prof. Dr. Mars: O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju (dokończenie) . . . . str. 101—103
III. Dr. Kaczkowski: O unikaniu zacieku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza (dokończenie) . . . . str. 103—105
IV. **Oceny i sprawozdania.** Doc. L. Casper: Cewnikowanie moczowodów w celach leczniczych. — Prof. J. Israel: Co nam daje cewnikowanie moczowodów w chirurgii nerek? — Dr. T. Landau: Cewnikowanie moczowodów w ginekologii str. 106—107
V. **Wyciągi.** Fütterer: Jak szybko dostają się drobnoustroje z żyły wrotnej do wielkiego krążenia i kiedy zaczyna się wydalanie ich przez wątrobę i nerki? — Prof. Schauta: Zakażenie rzeżączkowe a ciąża. — Orthmann: Dwa przypadki bardzo wczesnego przerwania ciąży trąbkowej wraz z uwagami leczniczemi. — K. Kraków: Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacyi kleszczy porodowych. — P. J. Möbius: O operacyi w chorobie Basedowa. — A. Fränkel: Znaczenie objawu Olivera w rozpoznaniu tętniaków tętnicy głównej piersiowej. — A. C. Wiener: „Fiber“ idealny materyał na szyny. — Langemack: W sprawie zastosowania glinki jako środka przeciw i bezgnilnego do opatrywania ran. — C. Koch: O otwieraniu ropni w małej miednicy, tworzących się w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, cięciem pozasakralnem. — J. Strassburger: Ropne zapalenie przyjądrza jako powikłanie duru str. 107—109
VI. **Zapiski lecznicze i nowe leki** . . . . str. 109
VII. **Sprawy Tow. lekarskich.** Tow. lekarskie krakowskie. — Sekcya lwowska Tow. lekarskiego galicyjskiego . . str. 109—110
VIII. **Korespondencya** . . . . str. 110—111
IX. **Wiadomości bieżące** . . . . str. 111—112
X. **Ogłoszenia.**

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Lutego 1899. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

TABLICA VIII.

Wgłobienie przewlekłe. *Invaginatio chronica.* Przypadków 9.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
100	Antonina Wójcik, l. 29.	7 dni	Stan dobry. Nudności. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. W okolicy kątnicy charakterystyczny guz. Ruchy jelit wybitne.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Dość znaczny obrzęk części wgłobionej.	*Invagin. ileo-colica.*	*Sanat.* w 4 tygodnie.	W przebiegu pooperacyjnym zapalenie płuc.
101	Józef Kozobudzki, l. 47.	6 dni	Stan dobry. Wymioty raz tylko. Bóle napadowe. Wzdęcie brzucha mierne. Guz poprzeczny, charakterystyczny. Ruch jelit wybitny.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Obrzęk części wgłobionej a zwłaszcza kątnicy.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	
102	Wiktorya Pająkowska, l. 42.	8 dni	Stan dobry. Nudności. Bóle silne napadowe. Wzdęcie małe. Guz charakterystyczny. Stawianie się guza wśród bólów obok ruchów jelit.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Kątnica, stanowiąca szczyt wgłobienia, znacznie obrzękła.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 5 tygodni.	W 6 godzin po operacyi obfite stolce, zmieszane z krwią, utrzymujące się przez 4 dni.
103*	Mojżesz Buchsbaum,	35 dni	Wymioty. Bóle b. silne napadowe. Wzdęcie mierne. Guz wielkości pięści po stronie lewej.	*Invag.*	*Desinvag.*	Blisko połowa jelit cienkich wraz z kątnicą wtłoczona do grubych.	*Invag. ileo-coec.*	*Mors* w 4 dni.	Bóle po operacyi ustąpiły.
104	Teodor Koziarz, l. 56.	70 dni	Stan dość dobry. Stolce co kilka dni ze śluzem. Bóle napadowe b. silne. Wzdęcie mierne. Pod łukiem żebrowym lewym guz wielkości główki noworodka. Stawianie się guza obok ruchów jelit.	*Invag.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Dość znaczny obrzęk części wgłobionej.	*Invag. ileo-coec.* aż do *flex. lienal.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	
105	Franciszek Zabawa, l. 22.	90 dni	Znaczne wynędznienie. Przez cały czas biegunka, w stolcach śluz i krew. Bóle b. silne napadowe. Wymioty z początku choroby. Wzdęcie mierne. Guz charakterystyczny od zatoki biodrowej prawej do lewej nad pępkiem. Stawianie się guza obok ruchu jelit.	*Invag. ileo-coec.*	Po nieudałych próbach odprowadzenia *Implantatio ilei in flexur. sigmoideam.* W 3 miesiące później *resectio invaginationis* t. j. około 1 m.	Wgłobienie sięga aż do kiszki esowatej. Przy następnej operacyi zgorzel szczytu wgłobienia i znaczne zrosty między częścią wgłobioną a pochwą.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.*	Operacya dwuczasowa z powodu znacznego osłabienia.

L. p.	Imię. nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
106	Klemens Salonek, l. 35.	63 dni	Stan mierny. Nudności. Stolce co kilka dni. Bóle napadowe b. silne. Wzdęcie mierne. Poprzeczny guz nad pępkiem. Ruch jelit wybitny.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Obrzęk części wgłobionej. Szczyt wgłobienia tj. kątnica okazuje jakby owrzodzenie.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 8 tyg.	Wytworzenie się przetoki kałowej w kątnicy; przetokę zaszyto. Wyleczenie zupełne.
107	Agnieszka Włoch, l. 40.	60 dni	Stan dobry. Co kilka dni stolec, czasami z krwią. Nudności. Silne bóle napadowo. Wzdęcia niema. Charakterystyczny guz poprzeczny tuż nad spojeniem łonowem. Ruch jelit wzmożony.	*Invag. ileo-coec. chronica.*	*Resectio int. ilei, coeci, coli ascendentis, transversi nec non descendentis.* Worek Mikulicza.	Zrosty między częścią wgłobioną a pochwą. Zgorzel szczytu wgłobienia.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Sanat.* w 4 tyg.	
108	Wojciech Szczurek, l. 17.	90 dni	Znaczne wynędznienie. Czasami zaparcie, to znów rozwolnienie. Bóle silne napadowe. Wzdęcie mierne. Guz od zatoki biodrowej prawej do łuku żebrowego prawego. Ruchy jelit wybitne.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Desinvag. resectio coeci.* Worek Mikulicza.	Znaczny obrzęk jelita biodr. i ślepego. Jelito ślepe zgorzelinowe.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Sanat.*	

Wgłobienie przewlekłe mieliśmy sposobność spostrzegać od 6, 7 względnie 8 aż do 90 dnia choroby. Przypadki 100, 101 i 102 (czas choroby 6, 7 i 8 dni) zaliczam do przewlekłych ze względu na przebieg kliniczny, jak i stosunki anatomiczne, znalezione wśród operacyi, a nie wykazujące znaczniejszych zaburzeń w krążeniu, pochodzących z uciśnięcia krezki.

Początek choroby u ludzi, dotychczas zdrowych, był dość nagły. Pierwszym objawem był silny ból, napadowo występujący stale w jednem miejscu. Bóle początkowo częste, później pojawiają się w dłuższych odstępach, nie tracą jednak nic na sile. Wymioty wystąpiły tylko w 3 przypadkach i to albo jednorazowo, albo kilkakrotnie z dłuższemi przerwami; u 4 chorych były tylko nudności, w pozostałych zaś 2 przypadkach nie pojawiły się ani nudności, ani wymioty. W żadnym z tych przypadków nie było zupełnego zatrzymania stolca i wiatrów, a tylko stosownie do zwężenia światła jelita raz pojawiało się zatwardzenie, to znów biegunka. 3 razy ze stolcem odchodziły śluz i krew. Stan ogólny chorych, początkowo zupełnie dobry, podupadł i pogarszał się odpowiednio do przewlekania się cierpienia.

Badanie brzucha wykazywało we wszystkich przypadkach prawie zupełny brak wzdęcia. Wśród bólów pojawiały się napadowo gwałtowne ruchy robaczkowe jelit, które wogóle były wybitniejsze, niż w przypadkach ostrych. Brzuch był niebolesny, a zawsze można było wybadać charakterystyczny guz. Rozpoznanie wgłobienia i to wgłobienia przewlekłego nie napotykało też u nas na żadne trudności.

Co do rodzaju wgłobienia, to 8 razy spotkaliśmy się z *invaginatio ileo-coecalis* a raz (100) z *ileo-colica*. Zmiany anatomo-patologiczne polegały w pierwszym rzędzie na znacznym obrzęku części wgłobionej; 2 razy (105 i 107) wytworzyły się silne zrosty pomiędzy pochwą a częścią wgłobioną; w 4 przypadkach (105, 106, 107 i 108) powstała zgorzel szczytu wgłobienia. Powyżej wgłobienia ściana jelita przerastała.

Leczenie polegało na zabiegu krwawym. W pierwszym rzędzie starano się po otwarciu jamy brzusznej odprowadzić wgłobienie, co się też powiodło 6 razy (100, 101, 102. 103, 104, 106) z większemi lub mniejszemi trudnościami, zależnemi głównie od obrzęku części wgłobionej. Czas trwania choroby w tych przypadkach wynosił 6, 7, 8, 35, 63, 70 dni.

W przypadkach *invaginatio ileo-coecalis*, w których ściana kątnicy z ujściem wyrostka robaczkowego stanowiła szczyt wgłobienia, zauważono przy odprowadzaniu dążność jej do natychmiastowego wpuklania się, co naturalnie musi usposabiać do nawrotu, jeżeli istnieją, dokładnie dotychczas nam nieznane, warunki powstawania wgłobienia. Toteż, aby temu zapobiedz, a z drugiej strony aby wykluczyć z jamy brzusznej niezupełnie zdrową ścianę jelita (106, w którym wytworzyła się po pewnym czasie przetoka kałowa) wszyto 5 razy (100, 101, 102, 104, 106) ścianę jelita, stanowiącą szczyt wgłobienia, w ranę brzuszną. Z tych 6 chorych 1 umarł (brak sekcyi), co stanowi 83·3% wyzdrowień. W przypadku 108 musiano po odprowadzeniu wgłobienia wyciąć kątnicę z powodu zgorzeli. W przypadku 105 z powodu, że chory był nadzwyczaj wyniszczony, a odprowadzenie się nie powiodło, postąpiono dwuczasowo, a mianowicie najpierw połączono jelito, leżące powyżej wgłobienia, z kiszką, położoną poniżej wgłobienia, a dopiero w 3 miesiące później, kiedy stan chorego znacznie się poprawił, wycięto całe wgłobienie. Wreszcie w przypadku 107 wycięto odrazu całe wgłobienie, czyli część jelita biodrowego, kątnicę, kiszkę wstępującą, poprzeczną i zstępującą. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie tak, że ogólnie odsetek wyleczenia wgłobienia przewlekłego wynosi w naszem zestawieniu 88·8%.

Na podstawie przeto tego musimy wypowiedzieć zdanie, że i w przypadkach wgłobienia przewlekłego powinniśmy

nie zwlekając przystąpić do operacyi, gdyż jedynie przez odprowadzenie wgłobienia możemy doprowadzić ustrój *ad integrum*, a jakkolwiek odprowadzenie udaje się i po dłuższym czasie, to jednakowoż jest ono wtedy znacznie trudniejsze; z drugiej zaś strony nie mając żadnej pewności, kiedy wystąpią zmiany w odżywieniu jelita, przez wyczekiwanie narażamy tylko chorego na znacznie cięższy zabieg. Postępowaniu zaś bezkrwawemu ufać nie możemy, uprzytomniwszy sobie wszystkie trudności istniejące przy bezpośredniem nawet odprowadzaniu, a powtóre ze względu na łatwość nawrotu. Zasady więc nasze, któremiśmy się kierowali, są prawie w zupełnej zgodzie z zapatrywaniami Rydygiera z wyjątkiem tylko zastosowania enteroanastomozy, którą Obaliński słusznie uważał za wskazaną w przypadkach znacznego upadku sił, jako zabieg względnie łagodny a stwarzający korzystne warunki dla podniesienia sił chorego i przygotowania ustroju do znacznie cięższego zabiegu, jakim jest wycięcie jelita.

TABLICA IX.

Zagięcie kątowate. *Infractio*. Przypadków 10.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
109*	Antonina Nowakowska, l. 19.	20 dni	Przebyła dawniej dur brzuszny. Wymioty kałowe, silne bóle. Wzdęcie duże jednostajne.	*Strictura ex ulcere post typh.*	*Lysis.*	Blizna kolista, z jednej strony przyrośnięta taśmą do ściany brzusznej.	*Infractio angular.*	*Sanat.*	
110*	Rozalia Ibrzycka, l. 60.	2 dni	Od 3 tygodni dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Przepuklina wolna. Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Wybitne ruchy jelit.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Kątowate przyrośnięcie jelita do wewnętrznego pierścienia przepukliny.	*Infractio angul.*	*Sanat.*	
111*	Sara Kirsch, l. 49.	6 dni	Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie duże. Torbiel jajnika wielkości głowy dorosłego człowieka.	*Infractio intest. ad Kystoma ovarii.*	*Ovariotomia. Lysis.*	Torbiel jajnika lewego skręcony. Przyrośnięcie i zagięcie jelita.	*Infractio angularis intest. ad Kystoma ovarii tors.*	*Sanat.*	
112*	Piotr Tamilin, l. 33.	Kilka tygod.	Wymioty co kilka dni. Bóle napadowe.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Sieć przyrośnięta do jelita zagiętego.	*Infractio angular.*	*Mors* w 9 dni.	Wskutek silnego kaszlu rozstąpienie się powłok brzusznych. *Peritonitis.*
113	Jakób Bernadzik, l. 24.	4 dni	Stan lichy. Wymioty kałowe. Bóle napad. Wzdęcie mierne. Nad talerzem biodrow. prawym większa wypukłość. Ruch jelit wybitny.	*Infractio intest.*	*Enteroanastomosis.*	Pętla jelita biodr. pozrastana i w 2 miejscach zagięta. Powyżej i sama pętla rozdęta.	*Infractio angul.*	*Mors* w 24 godzin.	
114	Agnieszka Uroda, l. 30.	5 dni	Wymioty częste. Bóle napadowe obok stałego bólu nad talerzem biodrow. praw. Wzdęcie mierne; nad talerzem biodr. praw. większa wypukłość. Wybitny ruch jelit.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Końcowa część jelita biodrowego zagięta przez postronek.	*Infractio angular.*	*Sanat.*	
115	Marya Zając, l. 50.	10 godzin	Przed 2 dniami *herniotomia* i *resectio intest.* Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Pętle zarysowane poprzecznie. Silny ruch jelit.	*Infractio intest.*	*Lysis. Enterotom.*	Jelito cienkie zaczerwienione, rozdęte. W miejscu szwu jelitowego zagięcie kątowe. Poniżej jelito zapadłe.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
116	Józef Gross, l. 30.	3 dni	Wymioty częste. Bóle napadowe głównie w dolnej części brzucha. Znaczne wzdęcie, głównie w dolnej części brzucha. Pętle jelita poprzecznie zarysowane. Ruch jelit.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Jelito biodrowe tuż przy przejściu w kątnicę zagięte kątowato przez postronek przyrośnięty w okolicy kanału udowego praw. Jelito powyżej zagięcia przekrwione, znacznie rozdęte.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	
117	Marya Wójcik, l. 65.	24 godzin	Zapad. Wymioty częste. Silne bóle napad. Wzdęcie mierne. Wybitny ruch robaczkowy.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Jelito cienkie zagięte kątowato z powodu zrostu z torbielem jajnikowym.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	
118	Bronisława Sarna, l. 32.	2 dni	Przed 2 dniami *gastroenterostomia* z powodu raka żołądka. Zapad. Od 24 godzin wymioty kałowe. Bóle ciągłe. Wzdęcie w górnej części brzucha.	Niedrożność części odprowadzającej.	*Lysis.*	Jelito czcze na 20 cm. od przetoki żołądkowo-jelitowej zagięte kątowato przez sieć.	*Infractio int. jejuni.*	*Sanat.*	

Zagięcie kątowate jelit występowało głównie w wieku średnim t. j. pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Chorobę tę mieliśmy sposobność spostrzegać od jej wystąpienia aż do 20 dnia. Przebieg bywał względnie łagodny. 2 razy poprzedziły niedrożność przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, a 2 razy operacye w zakresie jamy brzusznej. Wymioty bywały zazwyczaj częste, a 3 razy (109, 113, 118) kałowe i to po 2, 4 i 20 dniach choroby. Pomiędzy tymi przypadkami należy podkreślić przypadek 118, w którym na drugi dzień po wykonaniu gastroenterostomii z powodu raka żołądka pojawiły się typowe wymioty kałowe. Po otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że przeszkoda tkwiła w ramieniu odprowadzającem pętli połączonej z żołądkiem mniej więcej na 20 cm. poniżej przetoki żołądkowo-jelitowej. W miejscu tem istniało zagięcie jelita czczego z powodu zlepu z siecią. Żołądek i jelito czcze powyżej zagięcia były bardzo znacznie rozdęte.

W przypadkach naszych bóle występowały przeważnie napadowo. Wzdęcie, zazwyczaj miernego stopnia, 4 razy było niejednostajne, a raz pętle jelitowe silnie zarysowały się przez powłoki brzuszne. Ruch robaczkowy spostrzegaliśmy 6 razy. Raz ruchu nie było, a w 3 przypadkach brak dokładnych zapisków. W powstawaniu tej postaci zamknięcia jelita ważną rolę odgrywa zapalenie otrzewnej, które daje powód do wytworzenia się nieprawidłowych zrostów jelita ze ścianą brzuszną, z siecią, z innym odcinkiem jelita, lub wreszcie z innymi narządami jamy brzusznej. Tłómaczy to nam też częstość tej postaci niedrożności jelit u kobiet, na które przypada wedle naszego zestawienia 70%.

Zabieg leczniczy polega w pierwszym rzędzie na usunięciu zrostów, względnie zlepów, i wyprostowaniu zgiętego jelita. W jednym przypadku (113) zagięcia z powodu zrostów między ramionami pętli założono u jej podstawy przetokę międzyjelitową *(entero-anastomosis)*. Wynik leczenia przedstawia się korzystnie, gdyż osiągnęliśmy 80% wyleczeń.

TABLICA X.

Rozległe zrosty. *Accretiones diffusae.* Przypadków 7.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania operacyi	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
119*	Rozalia Schuster, l. 63.	8 dni	Czerwonka przed 30 laty. Stan lichy. Wymioty ciągłe. Bóle silne. Wzdęcie balonowate.	*Occlusio mechan.*	*Resectio intest. ilei et crassi*	Zrosty między kątnicą a kiszką esowatą. Zgorzel kiszki esowatej.	*Accretiones diffus. intest.*	*Mors* w kilka godzin.	*Peritonitis.*
120*	Magdalena Banasik, l. 70.	14 dni	Przebyła dawniej dur brzuszny. Stan mierny. Bóle silne. Wzdęcie kuliste. Ruchy jelit wybitne.	*Cicatrix post ulcus typh.*	*Lysis.*	Dolna część jelita biodrowego ze ścianą brzuszną i między sobą pozrastana. Powyżej jelito rozdęte.	*Accretion. diffus.*	*Mors* w 24 godzin.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
121*	Anna Liszkiewicz, l. 29.	8 dni	Przed 3 laty jakaś choroba brzuszna. Stan dobry. Wymioty i czkawka. Silne bóle. Wzdęcie mierne, kuliste.	*Accretion. diffus.*	*Lysis.*	Jelito czcze, biodrowe i poprzecznica taśmami pozrastane.	*Accretiones diffus.*	*Sanata* w 21 dni.	
122*	Elżbieta Janotka, l. 33.	4 dni	Przed 6 tygodniami resekcya jelita. Stan dość dobry. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie kuliste. Ruchy jelit wybitne.	*Accretiones diffus.*	*Resectio intest. Entero-rhaphia.*	Jelito w miejscu dawnej resekcyi zrośnięte w kłębek ze sobą, z siecią i ze ścianą.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 20 godzin.	
123*	Małgorzata Krawczyk, l. 60.	6 dni	Przed 40 laty dur brzuszny, przed 20 ropa pępkiem. Stan dość dobry. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie kuliste. Ruchy wybitne.	*Accretiones diffus.*	*Lysis.*	Bardzo wiele zrostów między jelitami i ze ścianą brzuszną.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 3 dni.	
124*	Jan Krzyszczyniak, l. 3.	28 dni	Stan lichy. Wymioty częste. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	?	*Entero-stom.*	Tak znaczne zrosty między jelitami i ze ścianą brzuszną, że o uwolnieniu nie było mowy.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 5 godz.	
125	Wojciech Jeleń, l. 30.	5 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle znaczne napadowe. Wzdęcie niejednostajne, pętlę jelit zarysowane. Ruch wybitny.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Znaczne zrosty między pętlami jelita biodrowego, pozaginanego i znacznie rozdętego.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 36 godz.	

Rozległe zrosty stanowią właściwie tę samą postać niedrożności, co i zgięcie kątowate, różnica jest jedynie ilościowa. To też w głównych zarysach da się o tej postaci zamknięcia jelita to samo powiedzieć, co o zagięciu kątowatem, zwłaszcza co do przyczyny powstawania.

Choroba trwała średnio dni dziesięć, a dotyczyła 5 kobiet, a 2 mężczyzn. Wymioty były częste, a 2 razy kałowe. Bóle bywały silne, napadowe. Wzdęcie znacznego zazwyczaj stopnia, 5 razy było niejednostajne. Ruchy robaczkowe pojawiły się bardzo wybitnie w 4 przypadkach. Zrosty najczęściej zajmowały jelita na znacznej przestrzeni, zbijając je w kłębek tak, że mieliśmy właściwie do czynienia z całym szeregiem kątowatych zagięć. Z powodu, że powyżej każdej przeszkody wytworzyć się może wzdęcie zastoinowe, możemy otrzymać niekiedy obraz, przybierający postać wzdęcia miejscowego, coby nas oczywiście łatwo mogło sprowadzić z właściwej drogi, wiodącej do ścisłego rozpoznania.

W jednym przypadku z powodu nadmiernego rozdęcia powstała zgorzel jelita i zapalenie otrzewnej.

Operacya wobec rozległych zrostów jest bardzo trudną, już choćby ze względu na trudności w dokładnem ocenieniu stosunków anatomicznych.

Zdołano usunąć zrosty i w ten sposób przywrócić drożność 4 razy. Raz musiano pozrastaną pętlę wyciąć, raz zaś zadowolnić się założeniem przetoki kałowej. W przypadku zgorzeli jelita usunięto część zgorzelinową. Wszystkie te 3 przypadki zakończyły się niepomyślnie. Wogóle wynik przedstawia się nadzwyczaj smutnie, zdołaliśmy bowiem osiągnąć wyleczenie tylko w jednym przypadku t. j. 14·28%.

(C. d. n.).

II. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju.

Podał

Prof. Dr. Mars.

(Wykład wstępny przy otwarciu kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899).

(Dokończenie).

Ponieważ ludność Galicyi jest trzy razy liczniejsza, niż na Morawach, będę zatem tę okoliczność uwzględniał w obliczeniach.

Na Morawach w roku 1895 odbyło się 89.068 porodów, z tych 97·34% przy pomocy akuszerek egzaminowanych, zatem tylko **2·66%** bez takiej pomocy.

W Galicyi w roku 1896 odbyło się 322.010 porodów, z tych zaledwo 19·4% odbyło się przy pomocy akuszerek egzaminowanych, zatem **80·6%** bez takiej pomocy.

Najniekorzystniej na Morawach przedstawia się powiat Neustadl, gdzie tylko 81·39% porodów odbyło się przy pomocy akuszerek egzaminowanych, a 18·61% bez tej pomocy.

Najniekorzystniej w Galicyi przedstawia się Turka, gdzie 1·8% porodów odbyło się przy pomocy akuszerek egzaminowanych, a 98·2% bez tej pomocy. Stosunek taki istnieje w Europie tylko w głębokiej Rosyi. Prócz Turki, w 16 powiatach odbywa się przy pomocy akuszerek mniej, niż 10% porodów, a między tymi w dwu powiatach, t. j. w strzyżowskim i limanowskim, niżej 5% porodów.

Jakie to ma znaczenie? bardzo wielkie.

Każdy z Panów, chociaż nie słuchał wykładów położnictwa, wie, że tylko nadzwyczajna czystość we wszystkiem, co wchodzi podczas porodu w zetknięcie z częściami rodnemi kobiecemi, zapewnia pomyślny przebieg połogu i powrót do stanu prawidłowego po porodzie.

Ustawy dla akuszerek pod karami przepisują ściśle: jak się akuszerka ma myć, czem, i jakich środków używać, żeby mieć ręce czyste, — ale ustawa ta dotyczy tylko akuszerek; wiejskie babki i sąsiadki, które przy porodach asystują, nie mają o tem wyobrażenia, przepisom tym nie podlegają. Jakież tego następstwo? oto, że u nas musi więcej kobiet chorować i umierać w połogu, niż gdzieindziej; i tak jest istotnie.

Porównując Galicyę z Morawami, widzimy, że na Morawach z 89.068 rodzących w roku 1895 zmarło 152 osób, czyli 1·7 na tysiąc rodzących, podczas kiedy w roku 1896 w Galicyi na 322.010 zmarło 1363, czyli 4 na tysiąc. Czyli w porównaniu Galicya straciła w tym roku 2·3 na tysiąc więcej, niż Morawy. Strata ta wynika wprost z braku dostatecznej, należytej pomocy przy porodach. Znaczy to, że Galicya z powodu tego braku wobec Moraw straciła 644 kobiet, zdolnych do pracy; ile zostało drobnych, niezaopatrzonych sierot? ile strat cichych?

O tę stratę jednak mniejsza, da ona się odzyskać większą płodnością, czyli szybszym przyrostem ludności.

Zdaje mi się, że te cyfry były wymowne, a przecież one nie malują istotnego stanu rzeczy. Główna strata leży jeszcze gdzieindziej. Liczne choroby połogowe przebiegają ze względu na niebezpieczeństwo utraty życia stosunkowo jeszcze pomyślnie, czyli, że z pomiędzy tych kobiet, które chorują, nie umiera zbyt wiele, ale wiele z nich choruje tygodnie i wiele wychodzi kalekami, niezdolnemi do pracy.

Nie mam do rozporządzenia statystyki chorobliwości w czasie porodu i połogu w Galicyi; w naszych dzisiejszych stosunkach zebranie podobnej statystyki jest niemożliwością, bo, jak to już wyżej nadmieniłem, przypadki te są dla władz niedostępne. Możemy się jednak bez tego obejść i dojść drogą pośrednią do obliczenia. — Wiadomem jest, bo to stwierdzają wszystkie statystyki, że chorobliwość w połogu przydarza się wszędzie w pewnym stosunku do liczby przypadków zejścia śmiertelnego, tak, że z liczby przypadków śmierci możemy w przybliżeniu obliczyć chorobliwość. Naturalnem jest, że im wyższa śmiertelność, to i niekorzystniejszy jest stosunek chorobliwości, ale to możemy pominąć, a nawet, aby na pewno uniknąć wszelkiej przesady, obliczymy stosunek według najkorzystniejszych statystyk, jakie istnieją.

Najkorzystniejszą, istniejącą dziś, jest statystyka Hofmaiera z kliniki w Würzburgu. Otóż w tej statystyce przy 2‰ śmiertelności z gorączki połogowej chorowało z zakażenia 59 na tysiąc, a z tego ciężko 21 na tysiąc rodzących.

Weźmy zatem chorobliwość na Morawach i w Galicyi w przybliżeniu w tym stosunku, w jakim się przedstawia w Würzburgu, to otrzymamy następujący wynik: ponieważ na Morawach śmiertelność wynosi 1·7‰, to znaczy to, że chorowało na gorączkę połogową 50‰, a z tego ciężko 17·8‰ rodzących, co obliczywszy na ilość osób, wypada, że na Morawach w roku 1895 chorowało na gorączkę połogową 4450, a między temi ciężko 1450 osób.

Ponieważ zaś w Galicyi mamy wykazaną śmiertelność 4‰, to znaczy to, że chorowało na gorączkę połogową 118‰, a między temi ciężko 42‰ rodzących, co obliczywszy na ilość osób, wypada, że w Galicyi w roku 1896 chorowało na gorączkę połogową 37.996 kobiet, a między temi ciężko 13.524 kobiet.

Uwzględniwszy teraz, że liczba porodów na Morawach ma się do liczby porodów w Galicyi, jak 1:3·6, musimy pomnożyć liczby na Morawach przez 3·6, i w tym stosunku otrzymamy liczbę chorych na gorączkę połogową na Morawach 16.020, a przypadków ciężkich 5220. Liczby te, tak pomnożone, możemy teraz porównać z liczbami w Galicyi, z czego wynika, że w Galicyi chorowało w r. 1896 z braku należytej opieki przy porodach w porównaniu do Moraw więcej o 21.976 osób, a między temi ciężko więcej o 8344 osób. Chcąc zupełnie ściśle rachować, należy od tej cyfry odjąć liczbę zmarłych w Galicyi, t. j. 1363, co uczyniwszy, wypada okrągło, że, pominąwszy stratę w zmarłych, 7000 kobiet więcej niż na Morawach rocznie ciężko u nas choruje na choroby połogowe.

Z liczb tych ogólna liczba 21.976 nie tyle nas obchodzi, ile liczba 7000. W liczbie 21.976 chorych po odliczeniu zmarłych, znajduje się rocznie 13.632, które, przypuśćmy, zupełnie wyzdrowiały, kraj stracił tylko ich pracę. Czas choroby liczmy przeciętnie po 10 dni, to znaczy 136.020 dni, a licząc dzień po 25 kr., wynosi to 68.160 koron. Cyfra ta, to fraszki. Ważniejszą jest druga cyfra: 7000 ciężko chorych. Co to znaczy, Panowie, ciężko chora w języku lekarskim, podana do statystyki? — to znaczy, że ta osoba walczyła ze śmiercią, że jeżeli się podniosła z łóżka, to tylko z życiem, ale zdrowie i siły jej przepadły, albo wyszła kaleką, niezdolną do pracy.

Aby nawet cień przesady usunąć, skreślmy z tej liczby połowę, powiedzmy, że jeszcze połowa powróciła do jakiego takiego zdrowia i od biedy pracuje, to w każdym razie przybyło w jednym roku 3500 osób niezdolnych do pracy, które jako kaleki muszą być utrzymywane. Jeżeli policzymy na rok wartość straconej pracy jednostki 150 koron, a koszt utrzymania tejże jednostki tylko 150 koron, wypada, że rocznie traci kraj na każdej kalece 300 koron. To znaczy, że po wszelkich strąceniach, uwzględniając tylko połowę ciężko chorych i zapatrując się jak najbardziej różowo na stosunki nasze krajowe, stwierdzamy, iż krajowi co roku przybywa nowej straty co najmniej milion koron.

Wierzajcie mi, Panowie, że obliczenie to zbyt skromne, leży daleko poniżej rzeczywistości, bo u nas choruje wogóle w połogu i ciężko daleko więcej osób; stosunki są opłakane. Słowa te wypowiadam na podstawie sprawozdania krajowej Rady zdrowia, która w zestawieniu za rok 1895 stwierdza, „że pod tym względem u nas stosunki są najgorsze ze wszystkich krajów koronnych, a przyczyna leży w braku pomocy położniczej przy porodach“.

Chcąc Panom przedstawić istotny stan rzeczy, musiałbym chyba odczytywać szeregi liczb i zestawień statystycznych, czego w ramy dzisiejszego wykładu ująć mi niepodobna; mogę tylko stwierdzić, że w sprawozdaniach krajowej Rady zdrowia mamy nagromadzony bardzo cenny i ciekawy materyał, a szczególniej w sprawozdaniu za rok 1896, które obejmuje pogląd na ubiegłych lat 24.

Że stosunki u nas takie, to dzieje się dlatego, że u nas za mało akuszerek, za mało lekarzy, a między tymi ostatnimi za mało akuszerów.

Dość powiedzieć, że są u nas powiaty, w których je-

den lekarz wypada na 15.000, a jedna akuszerka na 30.000 ludności. A jakaż część tych lekarzy nie zajmuje się zupełnie położnictwem!

Ze słów moich zdaje mi się, Panowie, że wyłania się doniosłość powstania nowej szkoły położniczej dla kraju. Tu nie chodzi o ten tysiąc lub dwa porodów, które się odbywają w zakładach położniczych krajowych, bo te nikną wobec kilkukroćstotysięcy porodów, jakie w Galicyi rocznie mają miejsce; tu nie chodzi o naukę samą, bo i skądinąd przyjść może, ale chodzi o cele dydaktyczne, chodzi o lekarzy, wydoskonalonych w położnictwie i ginekologii.

Utartem jest zdanie, że wydatki w budżecie krajowym na cele sanitarne, a w szczególności na szpitale, uważać należy jako ciężar, jako wydatek nieproduktywny, jako ofiarę na ołtarzu humanitaryzmu. Otóż, Panowie, co do tego jestem odmiennego zdania i co do zakładów położniczych przynajmniej muszę tu dzisiaj założyć protest.

Wobec olbrzymich strat, jakie kraj z powodu braku akuszerek i położników rocznie ponosi i jakie co roku przybywają, powstanie nowego ogniska dla celów dydaktycznych w położnictwie i ginekologii jest bardzo dobrem umieszczeniem kapitału, które tylko zyski przynieść musi.

Kraj potrzebuje należycie wydoskonalonych akuszerów, którzyby nietylko byli dobrymi położnikami, niosącymi skutecznie pomoc wśród ciężkich porodów, ale potrzebuje położników, którzyby odczuwali potrzeby krajowe i byli posłannikami cywilizacyjnej idei, dotarli do każdego zacisza domowego i oświecili o potrzebie pomocy położniczej. Potrzebuje nietylko położników, ale pionierów położnictwa i ginekologii.

Nadto niezbędnie potrzebuje całych zastępów akuszerek, jużto jako siły roboczej do spełnienia zadania, jużteż do pośredniczenia w zamierzonem posłannictwie.

Kraj tego potrzebuje koniecznie, jeżeli ma się zrównać pod omawianym względem z resztą krajów koronnych.

Uczyć się i uczyć położnictwa i ginekologii, to, Panowie, rzecz niełatwa. Położnictwo i ginekologia, to najtrudniejsza nauka ze stanowiska dydaktycznego ze wszystkich nauk lekarskich, a to dlatego, że pole naszej działalności, pole dydaktyczne, to pole bardzo niedostępne dla nauki i nauczania, bo to narząd płciowy kobiecy.

Pomyślcie, Panowie, jaka to przykrość dla każdej kobiety, jeżeli widzi, że cierpienie jej kobiece, dotyczące narządu płciowego, jest przedmiotem nauki, jeżeli tajemnice pożycia małżeńskiego wychodzą na jaw wobec zgromadzenia mężczyzn.

Jak mnie doświadczenie nauczyło, Polki odczuwają to daleko więcej, aniżeli kobiety innych narodowości.

Jest to fakt poważny, z którym się muszą liczyć władze decydujące, słuchacze i nauczyciele. Tylko przy wspólnem wyczerpującem działaniu tych trzech czynników dobre prowadzenie nauki z korzyścią dla kraju jest możebne.

Jak należy postępować, licząc się z tym faktem, niełatwo powiedzieć, bo każdy człowiek ma nieco odrębny sposób postępowania i wzięcia się w stosunkach towarzyskich. Takt właściwy wobec kobiet, które badać i obserwować będziemy, jest konieczny. Jak postępować, nie powiem, ale powiem, jak ja się starałem postępować wobec moich pacyentek i radzę to Panom naśladować, skoro mam Panów do kliniki wprowadzić. Otóż, Panowie, w każdej kobiecie, z którą się jako lekarz stykałem, starałem się uszanować moją matkę staruszkę, moje siostry, a w ostatnich czasach moją żonę i moje córki.

Omawiając ten przedmiot, wypowiedziałem moje dążenia i cele.

Panowie! kraj hojną ręką rzucił grosz ciężko złożony, rzucił marmur, brąz, ciosy, wodociągi, elektryczność, gaz i to wszystko, co cywilizacya niesie. Myślą i pracą prof. Czyżewicza wzniósł się gmach wspaniały. Gmach ten nie dla mnie, nie dla Was Panowie i nie dla tych osób, które w nim rodzą, ale dla celów dydaktycznych i dla nauki.

Zaznaczywszy moje poglądy, gdyż na rozprowadzenie czasu nie starczy, powtarzam teraz jako zobowiązanie to, co już powiedziałem: „nietylko chcę, ale pracować będę z Panami dla Panów, przez Panów dla kraju, przez katedrę dla nauki“.

Niechże to ognisko nauki odpowie słusznym oczekiwaniom; temi słowy otwieram dzisiaj klinikę położniczo-ginekologiczną lwowską.

III. Z kliniki chirurgicznej Wszechnicy Jagiellońskiej pod kierownictwem Dra Rutkowskiego.

O unikaniu zacieku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza.

Podał

Dr. Karol Kaczkowski.

(Dokończenie).

Wobec tego zwrócono się w inną stronę i starano się odprowadzić mocz sączkiem, wprowadzonym przez ranę tak, aby mocz nie opłókiwał rany. J. Boeckel[14]) użył w tym celu sączka kauczukowego, który prowadził z pęcherza przez ranę do naczynia, stojącego między udami. Mocz jednak, zamiast przez sączek, przepływał obok niego. Trendelenburg[15]) nadał sączkowi kształt litery T, ale widocznie sam przekonał się o małej wartości swego sposobu, skoro obok tego zaleca ułożenie na brzuchu. Lichtenberg[16]) dodał do rurki Trendelenburga drugą, która sięgała tylko do przestworu przedpęcherzowego, a przez którą więcej odpływało moczu. Rurkę taką stósował także Schmitz[17]). — Despres, Demon, Guyon i inni[18]), a także Ssokolow[19]) łączyli cewnik z sączkiem, wprowadzonym przez ranę do pęcherza lub zakładali jedną rurkę z bocznemi otworkami, której jeden koniec wychodził przez cewkę, drugi przez ranę. Rurka taka *(tube uretro-hypogastrique)* także nie działa; mocz obok niej prze-

[14]) Patrz Garcin l. c. str. 96.

[15]) Ueber Drainage der Blase nach dem Steinschnitt insbesondere nach dem hohen Steinschnitt. Berlin. klin. Wochschr. 1881. Nr. 1.

[16]) Lancet 1886 cytowany przez Schmitsa: Vergleichende Beurtheilung der verschiedenen Methoden des Steinschnitts bei Männern. Inaugural. Dissertation Berlin 1887.

[17]) Erfahrungen über die Steinoperationen an Kindern. Archiv f. kl. Ch. B. 33.

[18]) Patrz Marc See l. c.

[19]) 4 Fälle von hohem Steinschnitt (Chir. Westnik 1886). Ref. w Centr. f. Chir. 18 6 p. 833.

chodzi przez ranę. Bloodgood z Baltimore[20]) zastósował rurkę gumową, która na $1^1/_2$ centimetra od końca opatrzył płytką metalową z czterema otworkami. Po wprowadzeniu końca rurki do pęcherza przyszywa Bloodgood ścianę pęcherza czterema szwami do płytki. Przez to miał on otrzymać pewne zamknięcie rany pęcherza około rurki. Obok tego jednak zaleca on tamponadę przestworu przedpęcherzowego, widocznie nie będąc zupełnie pewnym dobrego działania. Cathcart[21]) użył do odprowadzania moczu z pęcherza sączka, który łączy z ramieniem górnem rurki w kształcie litery Y. Drugie ramię rurki łączy z irygatorem, z którego ciecz wypływając, wytwarza „ciśnienie ujemne“ w sączku odprowadzającym, przez co mocz zostaje wciągnięty do zbiornika.

Kiedy wszystkie sposoby sączkowania pęcherza zawodziły, uciekli się chirurdzy do innych sposobów.

Jak już wyżej wspomniałem, zalecał Trendelenburg ułożenie na brzuchu, teoretycznie bardzo właściwy sposób unikania zacieku, bo rzeczywiście najprostszy sposób odprowadzenia moczu. Niestety sposób ten wymaga dużo zachodów, jest dla chorego uciążliwy i nie zawsze da się przeprowadzić. Dzieci trudno skłonić do ciągłego leżenia w tak niewygodnem położeniu, co się jednak powiodło Schmitzowi[22]). König[23]) jednak sądzi, „że właśnie tam, gdzieby ułożenie to było najpotrzebniejsze, jak u wyniszczonych starców z zapaleniem miedniczek nerkowych i z otłuszczeniem serca tylko wyjątkowo da się przez czas dłuższy utrzymać to męczące ułożenie“.

Później sam Trendelenburg zarzucił to ułożenie[24]) i układa chorego na boku raz prawym, raz lewym.

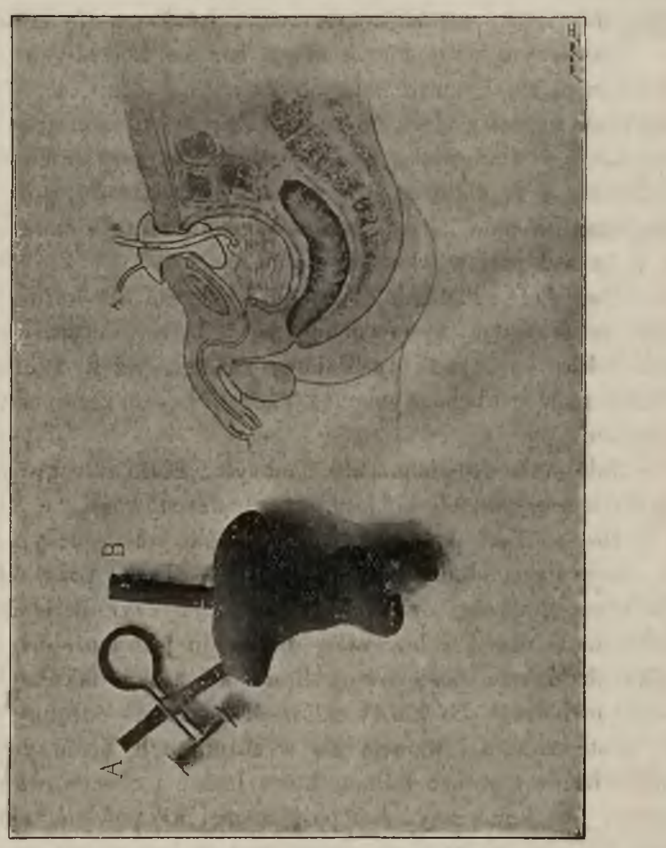
Keyes[25]) i Burckhardt[26]) starali się wprowadzić postępowanie, zresztą nie nowe, bo polecane przez braci Côme już w 18 stuleciu, a mianowicie po cięciu nadłonowem wykonują jeszcze rozcięcie cewki (uretrotomię) zewnętrzne *(boutonière)* przecinając cewkę na 1 c/m. Tą drogą wprowadzają sączek do pęcherza. Mimo, że i tu ściana pęcherza może zamknąć otwór w sączku tak, że ciecz do pęcherza wstrzyknąć się da, ale z pęcherza wypływać nie będzie, to jednak otwiera się nowa droga dla moczu, odpływającego nawet obok drenu, w której niebezpieczeństwo zacieku, jak twierdzi König[27]), wskutek zbitości tkanki jest znacznie mniejsze. Postępowanie to, znacznie przedłużające leczenie, dobre usługi oddawać może przy szwie pęcherza.

4) Obok sączkowania pęcherza usiłowali chirurdzy w inny sposób zapobiegać zaciekowi. Starano się mianowicie o to, aby nie dozwolić na zastój i rozkład moczu w pęcherzu, a także usunąć lub przynajmniej zmniejszyć jego trujące działanie na ranę przez obfity przepływ wody. Najprostszym sposobem jest zastosowanie ciągłych kąpieli. W ten sposób przeprowadził leczenie następowe po cięciu nadłonowem Sonnenburg[28]), który trzymał chorego 25 dni w wodzie. Rana zagoiła się, ale w głębi utworzył się ropień.

Do tego celu służą także rozmaite sposoby przemywania pęcherza. Sposobów tych jest wiele, nie różnią się one jednak zbytnio od siebie.

Woda przepływająca wpływa do pęcherza sączkiem przez ranę, wypływa cewnikiem, założonym do cewki, lub odwrotnie; lub też wpływa i wypływa przez ranę dwoma sączkami; lub wreszcie wpływa jednym sączkiem przez ranę, wypływa drugim i równocześnie cewnikiem. Również stosowano do przemywań pęcherza cewnik *à double courant.* Wszystkie te jednak sposoby przepłókiwania mają tę złą stronę, że uregulowanie przypływu i odpływu jest bardzo trudne i wymaga ciągłego dozoru. Bo jeżeli tylko przypływ będzie obfitszy od wypływu, to ciecz będzie wypływać przez ranę oblewając chorego i łóżko.

Sadzę, że aby zapobiedz zupełnie pewnie zaciekowi, nie należy posługiwać się tylko jednym z wyżej podanych sposobów, lecz łączyć je razem, a mianowicie przez pierwsze kilka dni używać pierwszego, trzeciego i czwartego sposobu, aby otrzymać drugi, czyli zamknąć ranę w pęcherzu, odprowadzać mocz i w razie potrzeby przemywać pęcherz, aby przyspieszyć bujanie ziarniny i w ten sposób uodpornić samą ranę. Zadania te można wykonać z łatwością przy pomocy dwóch prostych przyrządów: balonika gumowego i aspiratora Bunsena (pompki powietrznej).



[20]) A new apparatus for immediate and permanent drainage of. the urinary bladder after suprapubic cystotomy. Johns Hopkins Hospital Bulletin 1896 Nr. 61. Ref. w Centr. f. Chir. 1897 str. 238.

[21]) A simple form of exhaustion pump for use after suprapubic cystotomy. Brit. med. jour. 1895 ref. w Centr. f. Chir. 1896 str. 280.

[22]) l. c.

[23]) Ueber die Wahl der Voroperationen zur Entfernung der Blasensteine beim Manne. Archiv f. klin. Chir. B. 34 1886 str. 72.

[24]) Patrz Eigenbrodt: Ueber den hohen Blasenschnitt (Aus der Klinik des Prof. Trendelenburg zu Bonn) Deutsche Zeitschrift f. Chir. B. 28 p. 61—168.

[25]) Suprapubic cystotomy for vesical tumors and large calculus. Three cases. Journ. of. cut and gen-urin diseases. 1883 Nr. 7. Ref. w Centr. f. Chir. 1888 str. 533.

[26]) Ueber Blasendrainage nach Sectio alta Centr. f. Chir. 1889 str. 737; praca oryginalną.

[27]) l. c.

[28]) Patrz Smits l. c. str. 92.

Kształt balonika jest pomyślany na podstawie całej seryi odlewów gipsowych pęcherza i rany po cięciu nadłonowem, wykonanych na zwłokach. Balonik składa się z 2-ch części: dolnej, którą się wkłada do pęcherza i górnej, która leży wśród i na powłokach brzusznych. Obie te części są połączone zapomocą smukłego trzonka. Balonik jest gumowy i daje się przez rurkę A. przy pomocy zwyczajnej większej strzykawki wydąć powietrzem. Przez cały balonik przechodzi szeroka rurka (B) o grubych ścianach, która po przejściu dolnej części zagina się ku przodowi. Na zagiętej tej części znajduje się otworek, umieszczony na powierzchni rurki, zwróconej ku górze.

Użycie balonika jest następujące: wyjałowiony, zwinięty balonik wprowadza się do rany po cięciu wysokiem tak, aby część dolna znajdowała się w pęcherzu, niższą swą częścią i końcem rurki zwrócona do spojenia łonowego, a aby część górna znajdowała się wśród rany powłok brzusznych. Teraz zapomocą strzykawki nadyma się balonik. Część dolna wypełnia górną część pęcherza, podnosi ścianę pęcherza ku górze i przyciska do powłok brzusznych, część górna wysuwa się z rany na powłoki brzuszne. Przez zbliżenie ściany pęcherza do powłok brzusznych otrzymujemy szczelne zamknięcie przestworu przedpęcherzowego Retziusa, co umożliwia zrost ściany pęcherza z powłokami. Rurkę B, która służy do odprowadzania moczu, łączymy wężem gumowym z wielką flaszką, z której wychodzi nadto druga rurka połączona z aspiratorem Bunsena. Dzięki różnicy ciśnień w aspiratorze i pęcherzu prąd moczu kieruje się do aspiratora, względnie do flaszki. Przez zastosowanie takiego przyrządu „ssącego“, mocz z pęcherza zostaje kropla za kroplą wessany do flaszki. Kiedy pęcherz jest już próżny, ściany jego zaciskają się około balonika. I tu stałoby się to, co dzieje się zawsze po zastosowaniu cewnika na stałe t. j. błona śluzowa przylegałaby tak szczelnie do okienka, że zamknęłaby je; tutaj jednak otworek znajduje się w rurce zwróconej ku dolnej ścianie balonika. Pęcherz skurcza się naokoło balonika, lecz między balonikiem a rurką zostaje stale wolna przestrzeń, nad którą, jak namiot podparty dziobem rurki, rozpina się pęcherz. Z przestrzeni tej każda kropelka moczu zostaje wessaną, o ile ciśnienie w pęcherzu nie jest znacznie większe od atmosferycznego, co zdarza się przy napadzie silnego kaszlu. W tych wyjątkowych razach bardzo mała ilość moczu może się przedostać obok balonika, jednakże także nie do przestworu przedpęcherzowego, gdzie ciśnienie się również zwiększy, ale na zewnątrz. W ten sposób balonik spełnia dwa zadania: zamyka pęcherz tak, że prawdopodobieństwo dostania się moczu do przestworu przedpęcherzowego jest bardzo małe, i odprowadza mocz z pęcherza. Jeżeli w danym przypadku potrzebne jest ciągłe przemywanie (irrygacya) pęcherza, to wystarcza przez cewkę założyć cewnik na stałe i połączyć go cienkim wężem z naczyniem, zawierającem letni roztwór kwasu borowego. Wpływający do pęcherza kwas borowy po opłókaniu ścian pęcherza zostanie natychmiast wydalony przez rurkę.

Balonik ten połączony z aspiratorem spełnia następujące zadania: 1) zamyka ranę pęcherza i w ten sposób zabezpiecza pęcherz od zakażenia od zewnątrz, 2) nie dopuszcza moczu do rany i przestworu przedpęcherzowego, 3) podnosi pęcherz do powłok brzusznych i ułatwia zrost ściany pęcherza z powłokami, 4) odprowadza mocz na zewnątrz w zupełności tak, że opatrunek, założony na balonik, pozostaje zupełnie suchy, czego przy innych sposobach sączkowania pęcherza otrzymać nie można, 5) dozwala na stałe przepłukiwanie pęcherza, przez co w pierwszym rzędzie zapobiega zaciekowi, daje zupełny wypoczynek pęcherzowi; a jeżeli przyjmiemy, że zastój rozkładającego się moczu w pęcherzu sprzyja powstaniu zapalenia miedniczek i nerek *(pyelonephritis)*, która po zacieku jest najczęstszą przyczyną śmierci przy cięciu nadłonowem, to i w tym kierunku działa zapobiegawczo.

Balonik ten miałem sposobność zastosować w jednym tylko przypadku; doskonałe wyniki, jakie przy użyciu balonika otrzymaliśmy, ośmielają mnie do ogłoszenia ich już teraz.

Za zezwoleniem mego Szefa, któremu za łaskawe odstąpienie mi przypadku i za cenne rady, których mi przy tej pracy nie szczędził, serdeczne składam podziękowanie, zastosowałem balonik u 50-letniego mężczyzny w przypadku nader silnego nieżytu pęcherza z owrzodzeniami *(cystitis ulcerosa)*, wywołanego wprowadzeniem ciała obcego do pęcherza.

Po cięciu nadłonowem założono balonik do rany; rurkę balonika, przechodzącą przez aseptyczny opatrunek, połączono z aspiratorem, przez który przepływała woda z wodociągu. Kiedy nader silne bóle i parcie, istniejące przed operacyą, po operacyi nie ustawały, założono do cewki cewnik na stałe i połączono go z rurką gumową, której drugi koniec zanurzony był w naczyniu z ciepłym rozczynem kwasu borowego. Wkrótce po zastosowaniu przemywania (irygacyi), bóle ustały, chory przepłókiwanie odczuwał przyjemnie. Opatrunek pozostał zupełnie suchy. Przemywanie pęcherza trwało dzień i noc bez przerwy, przyrząd działał dobrze, bez dozoru. Co kilka godzin trzeba było tylko wylewać ze zbiornika mocz zmieszany z rozczynem kw. borowego, wypływającym z pęcherza i dolewać do drugiego zbiornika świeżego rozczynu. Po 4 dniach zaprzestano przemywań i zadowolono się tylko odprowadzaniem moczu. Jeżeli aspirator działał silnie, to obok balonika dostawało się do pęcherza powietrze i wywoływało kotłowanie się cieczy bez żadnych nieprzyjemnych uczuć dla chorego. Zresztą przyrząd działał bardzo dobrze.

Rana przez cały czas była zupełnie czysta, nie pokryła się osadem z moczu, jak to zazwyczaj zdarza się po cięciu nadłonowem, strzępy obumarłej tkaniny nie oddzielały się i już trzeciego dnia poczęła rana pokrywać się ziarniną. Dziewiątego dnia rana była pokryta bardzo bujną ziarniną tak, że bez obawy zacieku można było balonik wyjąć. Ponieważ po wyjęciu mocz oblewał chorego i chory domagał się znów założenia balonika, więc, aby nie przeszkadzać zaciąganiu się rany, wprowadzono cewnik Pezzera przez ranę i również połączono go z aspiratorem i w ten sposób odprowadzano mocz, aczkolwiek przy tym sposobie trudno było utrzymać opatrunek w suchości. W 4 dni po wyjęciu balonika rana zaciągnęła się w tym stopniu, że ściśle objęła cewnik, który z tego powodu wyjęto. Przez dwa dni jeszcze mocz odchodził przez ranę, siedemnastego dnia po operacyi chory oddawał mocz już tylko przez cewkę. W 31 dniu po operacyi chory opuścił klinikę w zupełności wyleczony.

Baloniki według nadesłanego modelu wyrabia i sprzedaje po cenie 3 złr. 30 ct. firma Dr. Block w Podmoblem (Bodenbach) w Czechach, aspiratory (Luftpumpe) szklane i metalowe różnych systemów sprzedaje Rohrbeck w Wiedniu po cenie od 80 centów do kilku złr.

IV. Oceny i sprawozdania.

I. Doc. L. Casper: **Cewnikowanie moczowodów w celach leczniczych.**

II. Prof J. Israel: **Co nam daje cewnikowanie moczowodów w chirurgii nerek?**

III. Dr. T. Landau: **Cewnikowanie moczowodów w ginekologii.** *(Berl. klin. Wchschr.*, 1899, Nr. 2).

I. Opisane przez C. przed kilkoma laty cewnikowanie moczowodów w celach rozpoznawczych, znalazło już kilkakrotnie zastosowanie lecznicze, przeważnie w leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych i puchliny nerki. Do istniejących już, nielicznych spostrzeżeń dodaje autor 3 nowe przypadki, z których zwłaszcza pierwszy na uwagę zasługuje. U rzekomo zupełnie zdrowego mężczyzny wystąpił nagle bezmocz. Skargi podmiotowe chorego kazały się domyślać, że przyczyna tkwi w prawej nerce. Cewnik wprowadzony do prawego moczowodu wykazał w nieznacznej odległości od jego ujścia do pęcherza nieprzezwyciężoną przeszkodę. Rozpoznano uwięzgnięcie kamyka w moczowodzie i przez cewnik wstrzyknięto do moczowodu 50 gr. ciepłej oliwy. W pół godziny później chory obficie począł oddawać mocz, a po kilku dniach wykryto cystoskopem kamyk w pęcherzu, który po skruszeniu wydobyto. Dwa następne spostrzeżenia odnoszą się do puchliny nerki, którą C. wyleczył przez systematyczne przemywanie miedniczek nerkowych rozczynem 1°/₀₀ azotanu srebrowego. W drugim uporczywym przypadku pozostawił C. stale cewnik w rozszerzonej miedniczce przez dłuższy czas.

Pomijając już wartość lecznicza pierwszego przypadku, która przecież zawieść może, C. wysoce sobie ceni szczegóły rozpoznawcze, jakie w podobnych przypadkach tym sposobem uzyskać możemy. Bo po 1) kamica nerkowa nierzadko bywa obustronną, a w razie nagłego bezmoczu nie łatwo rozstrzygnąć, która z nerek stała się jego przyczyną. A ta niepewność była już kilkakrotnie przyczyną, że odsłaniano i nacinano nerkę fałszywą. A potem 2) wiele zyskujemy, gdy wiemy, gdzie kamyk ugrzązł, czy w górze moczowodu, czy w pobliżu ujścia: w pierwszym przypadku, aby usunąć przeszkodę pójdziemy od strony nerki, w drugim przez pęcherz. Autor nie łudzi się, że przez przemywanie miedniczek przez moczowody każdy przypadek puchliny nerkowej lub ropienia w miedniczkach da się wyleczyć. Tylko takie przypadki są przystępne dla tego sposobu leczenia, w których jama, czy jamy patologiczne pozostają w swobodnym i bezpośrednim związku z miedniczką, aby płyn tam wlewany mógł się dokładnie zetknąć ze wszystkiemi ścianami. Tak korzystne warunki nie zawsze spotkamy. Nie powinniśmy się jednak zniechęcać do prób, zwłaszcza, że to jedynie pewna droga przekonania się o stanie danej nerki i jej miedniczki. Korzyść z tego nie mała. Czem prędzej rozpoznamy kamicę miedniczek i czem energiczniej przeciw niej wystąpimy, tem lepiej dla chorego. Bo nie jeden przypadek puchliny nerkowej i ropienia w miedniczkach miał swój początek z kamicy miedniczek. I znów przed każdem wycięciem nerki, powinniśmy się przekonać dokładnie o stanie drugiej nerki. Obmacaniem, badaniem cystoskopowem nie zawsze dochodzimy do pewnych wyników. Zawodzi nawet ilościowe oznaczenie mocznika, chlorków etc. Israel podał zasadę, że tylko wówczas przystąpić można do wyjęcia chorej nerki, gdy ilość mocznika w moczu z całej doby wynosi najmniej pół ilości normalnej. Tymczasem zdarzyło się, że chory, któremu na podstawie takich obliczeń wyjęto chorą nerkę, zmarł niedługo po zabiegu wśród objawów mocznicy. Sekcya wykazała, że nerka pozostawiona uległa w całości zwyrodnieniu skrobiowatemu, a właśnie owa wyjęta i za chorą uważana nerka, wydzielała przez dobę 18 gr. mocznika. Uniknąć można tych niespodzianek, kiedy cewnikami C. osączkuje się każdą nerkę oddzielnie i osobno bada się mocz każdej z nich. Zdarzyć się może, że uda się wprowadzić cewnik tylko do jednego moczowodu, lecz wówczas mocz gromadzący się w pęcherzu pochodzić będzie wyłącznie z drugiej nerki, skorośmy tylko cewnik dostatecznie głęboko do moczowodu wprowadzili, tak, aby swem okienkiem tkwił w jamie miedniczki, gdyż wtedy mocz nie będzie obok cewnika spływał do pęcherza. Autor nie przeczy bynajmniej, że ten sposób badania może wśród pewnych warunków przynieść szkodę choremu np. sprowadzić zakażenie miedniczek. Jednak, któryż sposób badania jest pozbawionym zupełnie jakichś, możliwych niebezpieczeństw? Autor, Albarran, Pasteau cewnikując moczowody parę tysięcy razy, nie widzieli złych następstw. Trzeba tylko rzecz tę wykonywać z dostateczną wprawą, wśród dokładnej aseptyki i dla ścisłych wskazań. C. przyznaje równocześnie, że w gruźlicy nerki i w chorobach przebiegających z podniesioną ciepłotą, ten sposób badania może wywołać niekorzystne objawy.

II. Przeciwko wywodom Caspra ostro i bezwzględnie występuje J. Zapatrywania jego krótko streścić można w tych słowach: Cewnikowanie moczowodów nie przynosi żadnych korzyści ani pod względem leczniczym, ani też rozpoznawczym. Twierdzenie to uzasadnia J. w długim wywodzie, objaśnionym przykładami z praktyki. Samo cewnikowanie moczowodów jest trudnem i dla najwprawniejszego, a często niemożliwe do przeprowadzenia. Gdy się wreszcie uda cewnik wprowadzić i ten wykaże przeszkodę w moczowodzie, nie można jeszcze ocenić dokładnie jej przyrody t. j. czy przeszkoda zależy od kamienia, czy od blizn, czy może od przemieszczenia moczowodów. Cewnikowanie moczowodów nie pozbawione jest niebezpieczeństw. J. leczył byłych pacyentów C., u których groźne zakażenie dróg moczowych pochodziło właśnie od cewnikowania moczowodów, wykonanego przez C. Nadzieja C., że takiem cewnikowaniem miedniczek będzie można leczyć puchlinę nerek lub nieżyt miedniczek, jest co najmniej mało prawdopodobna, bo wyjątkowo tylko napotkamy w puchlinie nerek zupełnie odpowiednie warunki. Tam bowiem tak często spotykamy albo oddzielne, nie łączace się ze sobą jamy, albo treść je wypełniająca jest tak gęsta, albo obok płynów spotykamy tak zbite i grube skrzepy włóknika, lub też złogi i stężyny mineralne, że mowy nie ma, aby przez tak cienki cewnik treść z jam wydobyć się udało. J. przejrzał swoje spostrzeżenia dokładnie i znalazł, że z jego 81 przypadków zaledwie w trzech możnaby się łudzić, że w nich cewnikowanie moczowodów doprowadziłoby do jakichś dodatnich wyników. A jak też sobie C. wyobraża możność wyleczenia tych przypadków puchliny nerkowej, których przyczyna polega na istniejących zastawkach i patologicznych przemieszczeniach moczowodów? Również wątpliwem jest znaczenie rozpoznawcze cewnikowania moczowodów. Badanie chemiczne i drobnowidowe moczu pozwala nam nabrać pewnego wyobrażenia o stanie drugiej nerki, uważanej za zdrową, względnie pozostać mającej po wyjęciu drugiej nerki. J. zastrzega się, że wskazania lub przeciwwskazania do operacyi nie zawisły bynajmniej od bezwzględnego zdrowia, lub też zmian chorobowych drugiej nerki. Do wyjęcia nerki potrzeba, aby druga nerka dostatecznie działała, co czynić może i zmieniona. J. nie przeczy, że cewnikowanie sposobem C. doprowadziłoby do pewnych i niedwuznacznych wyników, gdyby można cewnikiem zbierać mocz z nerki przez 24 g. — i doświadczenie to kilkakrotnie w różnych warunkach powtórzyć. Ale, czy to możliwe? Lecz i wtedy nawet zdarzyćby się mogło, że co do pochodzenia pewnych składników bylibyśmy w niepewności. Np. domieszka krwi w takim moczu, zebranym przez cewnik, tkwiący w miedniczce, może pochodzić tak dobrze z nerki, jak i z miedniczek lub moczowodu, zranionych podczas wprowadzania cewnika. To wszystko zważywszy i dodawszy jeszcze, że ten sposób badania może naprawdę sprowadzić poważne zaburzenia w ustroju powierzającego się nam chorego, J. nie zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

III. Landau oceniając cewnikowanie moczowodów ze stanowiska ginekologicznego, nie może mu odmówić pewnych

zalet. Przedewszystkiem sposób Caspra przewyższa sposoby Pawlika i inne, a zaleca się przed innymi głównie łatwością wykonania. Stąd częściej może być używanym i to tak do celów leczniczych, jak i rozpoznawczych. Mianowicie: 1) Raz powiodło się autorowi wyleczyć systematycznem cewnikowaniem puchlinę nerek przemijającą, zależną od przeciągnięcia moczowodu przez blizny. 2) Dalej spodziewa się L., że w przyszłości uda się może przez założenie cewnika C. do miedniczki na stałe, wyleczyć przetoki moczowodowe. 3) Cewniki C. włożone do obu moczowodów przed rozpoczęciem operacyi wycięcia macicy, czy to z powodu raka, czy też włókniaków, pozwolą w ciągu zabiegu stwierdzić każdej chwili przebieg moczowodów i chronić będą od ich uszkodzenia. 4) A gdy się zdarzy, że w czasie zabiegu rzeczywiście moczowód zostanie podwiązany, cewnikiem C. można będzie odkryć, gdzie podwiązanie nastąpiło. *Herman.*

V. Wyciągi.

Fütterer (Chicago): **Jak szybko dostają się drobnoustroje z żyły wrotnej do wielkiego krążenia i kiedy zaczyna się wydalanie ich przez wątrobę i nerki?** Rozstrzygnięciem tych pytań zajmował się autor, przy sposobności większej pracy nad wątrobą, przewodami żółciowymi i żółcią. Pytania to nadzwyczaj ważne ze względów klinicznych od czasu, gdy Kocher pierwszy w roku 1878 zauważył, iż w ustroju może powstać ognisko zapalne, spowodowane przez drobnoustroje, które się tam dostały z przewodu pokarmowego. Chodziło wówczas o zapalenie wola *(strumitis)* z równoczesnem zajęciem zapalnem żołądka. Od tego czasu namnożyło się podobnych spostrzeżeń, a na ich podstawie można twierdzić, że drobnoustroje przechodzą przez ściany jelit i dostają się do krążenia ogólnego, mimo, że jelita nie okazują znaczniejszych zmian chorobowych.

Jak zachowuje się wobec drobnoustrojów wątroba? Za pomocą doświadczeń na psach doszedł autor do ciekawych wyników. Wstrzykiwał drobnoustroje *(bacillus pyocyaneus, b. prodigiosus)*, zawieszone w fizyologicznym rozczynie solnym do żyły wrotnej, a badał krew z żyły szyjnej. Okazało się, że drobnoustroje, które z krwią żyły wrotnej wchodzą do wątroby, przechodzą przez nią bez trudności i przebywają w ciągu mniej niż jednej minuty krążenie wielkie. Prawidłowa wątroba przepuszcza więc przez siebie drobnoustroje. Dlaczego takie same doświadczenia z hodowlami prątków gruźliczych dały wyniki ujemne (u małpy, cielęcia, psów i królików), nie umie autor wytłómaczyć i zamierza w tym kierunku czynić dalsze próby.

Drugie pytanie co do wydalania drobnoustrojów z krążenia przez wątrobę i nerki rozstrzygnął autor w taki sposób. Do żyły wrotnej psa wstrzykiwał drobnoustroje, a z podwiązanego przewodu żółciowego wyciągał strzykawką żółć. Podobnie podwiązał moczowód i z niego dobywał cewnikiem mocz, wstrzykując drobnoustroje do żyły szyjnej. Okazało się z tych doświadczeń, że drobnoustroje, które weszły do żyły wrotnej, dostają się natychmiast do krążenia wielkiego, a wydalanie ich przez wątrobę i przewody żółciowe i przez nerki następuje już po upływie kilku minut. Są więc drogi w ustroju, któremi drobnoustroje go opuszczają. Jeżeli ilość zakaźnych cząstek jest za duża, a sączek narządów zatkany, albo jeżeli istnieją tak zwane usposabiające przyczyny *(praedispositio)*, wówczas przychodzi do usadowienia się drobnoustrojów w tkankach. Zakażenie przez krew następuje prawdopodobnie wskutek zaburzeń w przesączaniu, a te znowu z powodu zmian w krążeniu, krwotoków, zapaleń, stanów rozrostowych *(hyperplasia)*.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Prof. Schauta: **Zakażenie rzeżączkowe a ciąża.** *(Allg. Wien. Med. Zeitung*, 1899, Nr. 2). Autor podaje przypadek ciąży pięciomiesięcznej u chorej dotkniętej obustronnem rzeżączkowem zapaleniem gruczołów Bartoliniego. W wywodach swoich dochodzi autor do wniosku, że zastąpienie przy zakażeniu rzeżączkowem jest możliwe, jeżeli obie sprawy rozdziela krótki odstęp czasu. Jeżeli zakażenie rzeżączkowe dojdzie do błony śluzowej macicy, występuje poronienie; jednakowoż może ono się tam nie dostać, gdyż szybki zrost doczesnej prawdziwej z zagiętą znosi niejako jamę macicy, a wtedy rzeżączka ogranicza się do dalszych części przewodu rodnego. Rzeżączkowe zapalenie gruczołów Bartolniego należy leczyć operacyjnie dopiero pod koniec ciąży, gdyż ta operacya zawsze wywołuje poród. *St. D.*

Orthmann: **Dwa przypadki bardzo wczesnego przerwania ciąży trąbkowej wraz z uwagami leczniczemi.** *(Deut. med. Woch.*, 1899, Nr. 2). Autor podaje 2 przypadki ciąży trąbkowej wczesnej, z których jedna przerwała się przez pęknięcie trąbki, druga przez poronienie trąbkowe. Uderza w obu przypadkach brak zatrzymania się regularności, w drugim brak krwisteku zamacicznego, różnica w przebiegu obu przypadków; podczas gdy pierwszy przebiegał z gwałtownymi objawami, drugi prawie niepostrzeżenie; w pierwszym przyczyną tak wczesnego pęknięcia trąbki był zrost z jajnikiem, który odsznurował krótki odcinek brzuszny od reszty trąbki i z jednej strony wywołał wytworzenie się ciąży trąbkowej, z drugiej wczesne pęknięcie trąbki.

Co do leczenia, to autor sądzi, że we wszystkich przypadkach przerwania ciąży trąbkowej należy operować drogą brzuszną, przy utrzymanej zaś ciąży trąbkowej można operować przez pochwę; a operować powinno się tak, by usunąć tylko jajo, względnie jego resztki, o ile zaś to jest możliwe, należy utrzymać trąbkę. *St. D.*

K. Kraków: **Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacyi kleszczy porodowych.** *(Medycyna* 1898. Nr. 41). Podczas pociągania kleszczy najczęściej pęka błona śluzowa pochwy po obu stronach wejścia, a pęknięcia te zbiegają się pod kątem u wędzidełka. Skutkiem tego błona śluzowa tylnej ściany pochwy oddziela się od warstw podśluzowych na przestrzeni trójkąta, którego boki stanowią linie pęknięć, a podstawa zwrócona jest ku pochwie. Samo międzykrocze pęka zazwyczaj przy przerzynaniu się główki na zewnątrz, lub przy wytaczaniu barków płodu.

Autor jest zwolennikiem szycia pęknięć natychmiast po porodzie, nie czekając nawet odejścia łożyska, jeżeli się ono wkrótce nie wydaliło. W razie całkowitego pęknięcia międzykrocza wraz z odbytnicą, spaja autor naprzód jej brzegi, nie zachwytując błony śluzowej, by brzegi na szerszej przestrzeni przylegały do siebie. Następnie, odciągnąwszy kulociągiem ku górze trójkątny płatek błony śluzowej tylnej ściany pochwy, zakłada autor kilka szwów węzełkowych, poczynając od dolnego kąta rany; pierwszy szew przechodzi przez podstawę trójkątnego płatka, nie przekłówając jednak błony śluzowej na wylot, drugi o 1 ctm. wyżej i t. d., ostatni szew przejdzie przez wierzchołek tego trójkąta. Po ściągnięciu niezbyt mocnem szwów otrzymuje autor wysokie międzykrocze, przykryte od strony pochwy owym płatkiem trójkątnym, który zabezpiecza całość międzykrocza, nawet gdyby niektóre szwy przecięły tkankę i rana skórna się rozeszła. Szwy wyjmuje autor szóstego lub siódmego dnia.

Chcąc uniknąć rozdarcia krocza przy zabiegach kleszczowych, poprawił autor kleszcze Simpsona w ten sposób, że szyjki łyżek, przebiegające równolegle do siebie w odstępie 2—3 ctm., zagiął ku wewnątrz, dzięki czemu nie zajmują one na szerokość tyle miejsca, co przedtem i nie narażają międzykrocza na przedarcie. Załączone do pracy Krakowa ryciny objaśniają rzecz całą należycie. *W. W.*

P. J. Möbius: **O operacyi w chorobie Basedowa.** *(Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 1). Teorya, która każe domyślać się przyczyny choroby B. w zatruciu ustroju wytworami przerosłego gruczołu tarczykowego, brak środka, któryby pewnie leczył to cierpienie (autor bowiem widział tylko małe zelżenie objawów po solach bromowych), uporczywość cierpienia i niebezpieczeństwa właściwe tej choro-

bie, a grożące ze strony serca (porażenie), mózgu, oczu itd., wszystkie te względy każą w przypadkach ciężkich uciekać się do częściowego wycięcia wola i to tem chętniej, że już niejednokrotnie spostrzegano niewątpliwą poprawę w przebiegu choroby po operacyi. M. przeto w jednym ciężkim i uporczywym przypadku nakłonił chorą do operacyi, którą wykonał Kölliker, odpalając żegadłem platynowem prawą połowę wola. Po operacyi nastąpił stanowczy zwrot ku lepszemu (wyleczenia zupełnego nie było) mimo niekorzystnych warunków. Nie da się jednak zaprzeczyć, że operacya połączona jest z pewnemi niebezpieczeństwami. Spostrzegano po niej 15% śmiertelności. Śmierć następuje skutkiem porażenia wyczerpanego chorobą serca (czemu możnaby zapobiedz wysyłając chorych wcześnie do operacyi; jednak zwykle do niej wskazań nie ma, więc tworzy się *circulus vitiosus*, „gdyż albo chory nie jest dostatecznie chorym do operacyi, albo... już za słaby“), lub też operowany kończy wśród objawów *„Basedowismus acutissimus“*, zatem należy podczas operacyi gruczoł jak najbardziej oszczędzać i odcinać nie nożem lub nożycami, lecz żegadłem Pacquelina. *Herman.*

A. Fraenkel: **Znaczenie objawu Olivera w rozpoznaniu tętniaków tętnicy głównej piersiowej.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 1). W r. 1878 ogłosił Oliver, lekarz angielski, nowy objaw, dotąd pomijany, który ma służyć do rozpoznania tętniaków lub nawet prostych rozstrzeni tętnicy głównej piersiowej, jeżeli zmiany te dotyczą ramienia wstępującego lub początku łuku tej tętnicy. Chodzi tu mianowicie o tętnienie tchawicy i krtani tego rodzaju, że podczas każdego skurczu narządy te popychane są ku dołowi. Nie trzeba jednak tego ruchu ku dołowi mięszać ze zwyczajnem wstrząśnieniem owych narządów, jakie się czasem wydarza, n. p. wskutek żywego tętna tętnic szyjnych lub rozstrzeni, czy nieprawidłowości tętnic tarczykowych, trafiających się przy wolu, lub i bez niego.

Oliver poleca dla lepszego uwydatnienia tego objawu kazać choremu przegiąć mocno w tył głowę i zamknąć usta, a chwyciwszy chrząstkę tarczykową pomiędzy wskaziciel i palec średni, naciskać na nią lekko z dołu ku górze. Wówczas czuje się wyraźnie ruch krtani ku dołowi, rozłożony na pojedyncze pchnięcia.

Cardarelli, klinicysta włoski, który równocześnie z Oliverem i zupełnie niezależnie od niego zwrócił uwagę na omawiany objaw (z tego powodu należy też nazywać go w przyszłości objawem Oliver-Cardarelliego), dla uwydatnienia używa nieco innego sposobu. Mianowicie nie uciekając się weale do przeginania głowy w tył, należy ujawszy krtań w opisany sposób palcami, lekko przesunąć ją na lewo, u wtedy spostrzeże się wyraźne tętnienie krtani i tchawicy w kierunku z lewej strony ku prawej. W wielu jednak przypadkach można wprost bez pomocy tych sposobów zauważyć ruch wybitny.

Następnie wyrobiło się zdanie wbrew zapatrywaniu pierwotnemu Olivera, który się pod tym względem pomylił, że objaw omawiany przychodzi do skutku najczęściej lub wyłącznie tylko wtedy, jeżeli idzie o tętniak tylnego odcinka łuku tętnicy głównej. Jestto ta część tętnicy głównej, która, jak się zwykle wyrażamy, jedzie okrakiem na oskrzelu lewem. Zrozumieć łatwo, że tętniak, choćby mały, w tem miejscu łuku usadowiony, musi w czasie każdego skurczu naciskać, czy uderzać na oskrzele, znajdujące się tuż pod nim. Sposoby uwydatnienia objawu, podane przez Olivera i Cardarelliego, napinają tchawicę i przez to wzmacniają siłę tego uderzenia.

Prócz tego może objaw Olivera, podług spostrzeżenia autora, powstać także czasem przy tętniaku przedniej części łuku tętnicy głównej, ale tylko pod tym warunkiem, że pomiędzy tętniakiem a tchawicą istnieją zrosty. Taki jeden ciekawy przypadek z bardzo wyraźnym objawem Olivera miał sposobność spostrzegać autor i spostrzeżenia swe utwierdzić rozbiorem zwłok. W tym przypadku tętniak przebił do tchawicy i chory się śmiertelnie zakrwawił. Szczegół ważny, bo stanowi przestrogę przed używaniem sposobów uwydatnienia objawu, podanych przez Olivera i Cardarelliego, a przynajmniej przed wykonywaniem ich z większą siłą, ponieważ w odpowiednich warunkach można się przyczynić do przerwania zrośniętego z tchawicą tętniaka.

Należy więc przyjąć na mocy dotychczasowych spostrzeżeń, że skurczowe obniżanie się krtani i tchawicy czyli t. zw. objaw Oliver-Cardarelliego wówczas tylko powstaje, jeżeli tętniak znajduje się dokładnie na skrzyżowaniu się tętnicy głównej z oskrzelem lub jeżeli tętniak rozwinął się na początku łuku, ale zrósł się z tchawicą.

Czy objaw Oliver-Cardarelliego jest wyłącznie i jedynie znamiennym dla wspomnianych tętniaków? Pod tym względem wydaje się autorowi, że tylko guzy śródpiersia przedniego mogłyby czasami wywołać ten objaw, oczywiście w szczególnych tylko warunkach. I tak znane są przypadki guzów przełyku, wychodzących z przedniej jego ściany, które uciskając na tchawicę wywoływały jej tętnienie. Ruch ten jednakowoż przy głębokim wdechu weale się nie zmieniał. Czy tę ostatnią cechę można uważać za podstawę rozróżnienia tych guzów od tętniaków łuku, niewiadomo, bo mało na to wogóle zwracano dotychczas uwagi. W każdym razie guzy śródpiersiowe rosnąc szybko unieruchomiają narządy sąsiednie, a więc w dalszym przebiegu choroby ustają i ruchy tchawicy.

Wogóle więc można powiedzieć, że objaw Oliver-Cardarelliego stanowi, jeżeli nie nieomylny, to prawie pewny znak rozpoznawczy niektórych tętniaków łuku.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

A. C. Wiener (Chicago): **„Fiber“, idealny materyał na szyny.** *(Ctrbl. für Chir.*, 1899, Nr. 1). Autor zaleca gorąco „fiber“, (materyał o tajemniczym składzie, w bardzo dobrym gatunku wyrabiany w Ameryce jako tak zw. *„flexible Sheet Kartavest“*, i powszechnie używany przez elektrotechników w postaci płyt do odosobniania przewodników) do sporządzania ochraniaczy, szyn etc. w chirurgii i ortopedyi. Celowi odpowiadają zupełnie płyty $1^1/_2$ mm. grube, które, zanurzone we wrzącej wodzie, stają się miękie i podatne, przyjmują wszelki nadany im kształt, a po ostygnięciu twardniejąc, zachowują wiernie nadany im kształt. Prócz tego lekkie i wytrzymałe, zalecają się do powszechnego użycia w chirurgii. *Herman.*

Langemack: **W sprawie zastosowania glinki jako środka przeciw- i bezgnilnego do opatrywania ran.** — *(Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 4). Autor używał glinki *(bolus alba s. argilla)*, zaleconej przez Stumpfa (rf. *Przegl. lek.*, 1899, str. 23) przez dwa miesiące i dochodzi do wniosku, że środka tego powinno się używać, gdyż jest: tani, zupełnie nietrujący, wysusza dobrze rany, bezwonny i odwaniający, ran nie drażni, skutkiem swych własności wysuszających przybliża brzegi rany. Lecz środek ten ma także strony ujemne, bo wywołując tworzenie się strupków na brzegu rany przeszkadza rozsiewaniu się naskórka i ziarnina pod glinką wyrastająca jest słaba. Na wyprysk, rany pokryte przez przeszczepienie naskórka i powierzchowne owrzodzenia lepiej używać pasty: *Rp. Argillae, Glicerini aa 12,50, Vaselini 25,00*, M. f. *pasta.* *Herman.*

C. Koch: **O otwieraniu ropni w małej miednicy, tworzących się w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, cięciem pozasakralnem.** *(Münch. med. Wochenschrift*, 1899, Nr. 1). Otwieranie ropni towarzyszących zapaleniu wyrostka robaczkowego, a usadawiających się w sposób wyjątkowy w małej miednicy (t. j. w jamie Douglasa) napotyka na pewne trudności, gdyż dostęp do nich jest utrudnionym. Droga przez jamę brzuszną (od przodu) niebezpieczna ze względu na łatwość zakażenia jamy otrzewnej, przez lędźwie za długa, a przez odbytnicę lub pochwę niepewna i nieodpowiednia. K. użył zatem w trzech swoich przypadkach z jak najlepszem powodzeniem drogi przez międzykrocze do *cavum-ischio rectale*; potem na tępo oddziela cewkę od prostnicy i tak dostawszy się w pobliże jamy Douglasa przebija ją na tępo

a potem kleszczykami rozszerza otwór, przez który po wypuszczeniu ropy, jamę dokładnie tamponuje. *Herman.*

J. Strasburger: **Ropne zapalenie przyjądrza jako powikłanie duru.** *(Münch. med. Wochenschrift*, 1899, Nr. 1). Wiemy na pewno, że prątki Eberth-Gaffkyego mogą wywoływać w ustroju sprawy ropne przerzutowe. Do rzadkich usadowień takiego ropenia należy zajęcie przyjądrza. Autor miał sposobność spostrzegać ropne zapalenie w tym narządzie u młodego ozdrowieńca w 3 tygodniu po ustąpieniu gorączki w przebiegu duru brzusznego. Z ropy uzyskanej przez nacięcie ogniska wyhodował autor czyste hodowle prątka durowego. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Taenzer używał nowego środka przeciwgnilnego, difluordiphenylu przy wrzodach różnego rodzaju i stwierdził, że ma własność szybkiego osuszania ran, szybko pobudza ziarninę i sprowadza w krótkim czasie pokrycie przyskórkiem *(Monhf. f. pr. Derm.* T. 28. 1). *F. K.*

Heller (Berlin) opisuje *(Deut. m. Woch.* 1898. 52) trzy przypadki łuszczycy zwycz., powstałej w miejscach drażnionych, raz skutkiem drapania, w 2-gim przyp. około i w miejscu tatuowania, w trzecim w miejscu szczepienia ospy. Ten ostatni przypadek pouczający ze względu na to, że otoczenie chorego uważało szczepienie za przyczynę choroby. *F. K.*

Brenta zaleca przy zapaleniach skóry na tle pasorzytniczem i to tak świata zwierzęcego *(pediculosis)* jak i roślinnego *(pityriasis, erythrasma, favus, trichophytiasis)* używanie trójchlorku żelaza suchego z gliceryną, traumatycyną, lanoliną lub wazeliną w stosunku 25—30%. Wyniki otrzymane w 47 przypadkach powyższych chorób są zachęcające. *(Annal. d. derm. et syphil.* 1898. 11). *F. K.*

Brewer (New York) podaje z bardzo dobrym i szybkim skutkiem urotropinę przy zapaleniach pęcherza i moczowodów w dawce 1,0 gr. 3 r. dnia. Mocz już w paru dniach bardzo znacznie się oczyszcza. *F. K.*

Golding-Bird *(Brit. med. Journ.* 1898) wyjął zapomocą cięcia pęcherzowego 130 kamyczków z gruczołu krokowego, ważących 20,75 gr., złożonych z soli fosforowych: największy ważył 3,75 gr. Cierpienia chorego przez długie lata były bardzo znaczne z powodu częstego przechodzenia kamieni przez cewkę i nieżytu pęcherza. *F. K.*

Jullien zauważył *(Rev. intern. d. thér. et d. pharm.* 1898) częste powstawanie w początku okresu 3-go rzędu. kiły wysypki, podobnej do półpaśca, i sądzi, że jest ona następstwem zatrucia układu nerwowego, czyli zalicza ją do objawów tak zw. parasyfilitycznych. *F. K.*

Hebra zalecał na posiedz. tow. lek. w Wiedniu w *lupus erythematosus* następujące leczenie: Chore miejsca skóry zmywa się (lecz nie wciera) wyskokiem bezwodnym co 2 godziny; wynik ma być w krótkim czasie w tem nieuleczalnem prawie cierpieniu zadziwiający. *F. K.*

Gerdeck przepisuje następujące leczenie w poceniu się nóg: Rano, w południe, wieczór i 4 raz dnia następnego rano, smaruje się zapomocą pędzla formaliną palce i stopę, do czego zużywa się około 10,0; jeżeli jeszcze przykra woń w części pozostaje, wystarcza 1—2-krotne zapędzlowanie 10% roztworem formaliny dla zupełnego usunięcia pocenia, które potem nawet w parowej łaźni trudno wywołać i to zwykle dopiero po 3—4 tygodniach. Dla odkażenia butów wlewa się po parę kropli formaliny do każdego. Nawrót nadmiernego pocenia występuje dopiero po 2—3 miesiącach, ale słabiej niż przed leczeniem. *(Militärärzt. Ztg.* 1898. 4). *F. K.*

Surowcew używa na wzór Jacksona w leczeniu rzeżączki rozcz. sublimatu 1:8—10000 rozcz. 1% węglanu potasowego, wstrzykując 5—7 razy dziennie zapomocą strzykawki Guyona. Już po kilku dniach gonokoki ginęły, a wypływ znacznie się zmniejszał; przeciętny czas do wyleczenia wynosił 16·7 dni. *(Med. prib. k. mor. sb.).* *F. K.*

Ortoform i nirwanina, nowe środki znieczulające zyskują sobie coraz więcej zwolenników. Witkowski (Berlin) i Rotenberger (Monachium) opisują nader pomyślne wyniki przy bólach po wyjęciu zęba, przy odsłoniętej zębowinie i ropniach okołozębowych, zachwalając nie tylko szybko następujące znieczulenie, ale i działanie przeciwgnilne. R. używał nirwaniny w rozcz. 5% do wstrzykiwań w dziąsła przy wyjmowaniu zębów i przekonał się, że znieczula dokładnie, a nie jest szkodliwą nawet dla dzieci. Lipowski *(Th. Mon.* 1898. 12) stosował ortoform z dermatolem na owrzodzenia w krtani; Teisseire (Paryż) na mocy 29 przyp. rozpadlinowych owrzodzeń na sutkach u karmiących, u których stosował ortoform, przychodzi do wniosku, że środek ten uśmierza ból na 12—24 godz., działając przytem przeciwgnilnie i gojąco, gdyż przeważnie po 4 dniach rany się zabliźniały. *F. K.*

Conitzer opisuje *(Münch med. Woch.* 1899. 3) kilka przypadków rozpadliny odbytu, *(fissura ani)* leczonej ichtyolem, który wciera raz dziennie; — wyniki nader zachęcające, gdyż ulga w cierpieniu następowała nader szybko, a wyleczenie w 6—7 dniach. *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 1 lutego 1899 roku.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Pieniążek. — Obecnych 28 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Maks. Rutkowski przedstawił 8 chorych, u których w klinice chirurgicznej wykonał z pomyślnym skutkiem laparotomię. W pierwszym przypadku skręcenie sieci i przyrośnięcie jednej jej części w okolicy kiszki ślepej, a uwięźgnięcie drugiej w przepuklinie pachwinowej sprowadziło objawy niedrożności jelit. Sieć oddzielono, względnie odprowadzono i wycięto. W drugim przypadku, gdzie na tle blizny w przewodzie pęcherzykowym powstała puchlina pęcherzyka żółciowego, wykonano wycięcie tegoż. W trzecim rozległego raka odbytnicy usunięto (w 3 tygodnie po założeniu sztucznej rzyci na jelicie esowatem) od tyłu sposobem Kraskego. W czwartym śródbłoniaka kiszki ślepej wycięto, a jelito biodrowe wszczepiono w okrężnicę poprzeczną. W piątym objawy, powstałe skutkiem zwężenia bliznowatego odźwiernika usunięto wykonaniem gastroenterostomii. Podobnie postąpiono przy rozległym raku wychodzącym z krzywizny mniejszej żołądka. W siódmym przypadku raka odźwiernika wycięto, i wykonano gastroenterostomią. Wreszcie w ostatnim przypadku bliznę odźwiernika (podczas operacyi przypuszczano jednak raka) usunięto przez wycięcie odźwiernika, odcinki zaopatrzono sposobem własnym, zbliżonym do sposobu Doyena; jelito cienkie tuż za dwunastnicą przecięto, odcinek odprowadzający wszczepiono do żołądka, doprowadzający zaszyto, oba zaś odcinki połączono ze sobą (enteroanastomoza). Uniknięto w ten sposób kątowatego zagięcia, jakie powstaje w jelicie przy gastoenterostomii i umożliwiono wlewanie się treści dwunastnicy wprost do jelita czczego.

W dyskusyi zabierali głos kol Surzycki, Ciechanowski i Kryński.

Kol. prof. Bujwid mówił: »O nowym sposobie wykrywania arsenu zapomocą pleśniowca«. (Rzecz przeznaczona w całej rozciągłości do druku w »Przeglądzie lek.«). Sprawą tą zajmowali się Gozio i Abba. Pewne pleśnie, mianowicie zaś *penicillium brevicaule* wytwarzają ze związków arsenu arsenowodór, co przejawia się zapachem czosnkowym (demonstracya). Zjawisko to może być zużytkowane do wykrywania arsenu.

W dyskusyi kol. Seńkowski zaznacza, że próba nie może zastąpić ani w części przyrządu Marsha. Zapach nie zawsze można demonstrować, a nie można go przechować jako dowodu. Kol. Seńkowski wątpi w czułość próby zwracając uwagę, że przy zatruciu arszenikiem, gdy cały organizm zawiera zaledwie 0·1—0·5 gr. trucizny, kropla wyciągu nie będzie zawierała 0·01 mg. i nie da odczynu z pleśniowcem; badanie zaś przyrządem Marsha wykaże tu arsen bez trudności. W innym przypadku, gdy chodzi o badanie przedwstępne, wystarczy np. zwinąć podejrzany tapet. zapalić, a woń czosnkowa wskaże na obecność arsenu. Woń czosnkowa nie jest dowodem obecności arsenowodoru, gdyż może zależeć od rozmaitych połączeń organicznych arsenu.

Kol. Bujwid oświadcza w odpowiedzi, że wcale nie myślał twierdzić, iżby próba z pleśniowcem mogła zastąpić próbę Marsha: chodziło mu przedewszystkiem o zwrócenie uwagi na ciekawe zjawisko biologiczne, które nam tłómaczy, w jaki sposób obicia zawierające barwiki arsenowe stają się szkodliwemi dla zdrowia. Co do jakości powstającego gazu, to według badań Gozia ma to być rzeczywiście arsenowodór.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos p. Wróblewski, kolega Ciechanowski i Gertler.

Dr. Ksawery Lewkowicz,
sekretarz doroczny.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe dnia 13 stycznia 1899 r.
Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 36.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Kol. Ballaban opisał »rzadką zmianę dna oka przy błednicy«. (Odczyt przeznaczony do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll.: Machek, Bednarski, Gluziński i prelegent.

3. Wybrano członków Komisyi przedwyborczej.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki*.

Sekcya lwowska Tow. lekarsk. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 10 lutego 1899 r.
Przewodniczący kol. Sielski — Członków obecnych 48.

1. Kol. przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia zmarłemu długoletniemu członkowi Tow. drowi Karolowi Berthleffowi. Obecni uczcili Jego pamięć przez powstanie.

2. Kol. przewodniczący składa podziękowanie kol. Drowi Janowi Rosnerowi ze Lwowa za złożenie 450 zła. na fundusz wdów i sierot po lekarzach, jako wywalczone honoraryum od p. S. G.

3. Kol. Skałkowski przedstawia przypadek ciąży w 5 miesiącu u osoby z utrzymaną błoną dziewiczą.

4. Kol. Uhma wygłosił odczyt p. t.: »Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych na podstawie własnych spostrzeżeń«. (Rzecz będzie w całości drukiem ogłoszona).

5. Kol. Doc. Wehr wygłosił rzecz: »O szwie sercowym i o resekcyi ściany serca« z demonstracyami. Prelegent zdał sprawę ze swoich doświadczeń, przedsięwziętych nad zeszywaniem i wycinaniem ścian serca i demonstrował swoją metodę odsłonięcia klatki piersiowej celem zaszywania ran sercowych. (Rzecz będzie ogłoszona w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi nad tym odczytem kol. prof. Rydygier przedstawił na zwłokach zalety swojego sposobu operowania.

Kol. Doc. Barącz zapytuje prelegenta, czy zakładając szew sercowy szył wszystkie warstwy serca, czy też starał się brać w szew tylko osierdzie i mięsień sercowy jak to poleca Elsberg, starając się uniknąć przebiegu szwu przez wsierdzie (endocardium). Wsierdzie ma być kruchem, a nadto mogą nastąpić zaburzenia w akcyi serca przy drażnieniu go szwem. Dalej zapytuje prelegenta, czy nie próbował zadawać ran wąskim skalpelem i wyczekująco wobec nich się zachowywać. Na dowód, że rany worka sercowego i serca mogą przy wyczekującem leczeniu przebiegać korzystnie, przytacza kol. B. przypadek z praktyki prywatnej przed 5 laty obserwowany z kolegą Lesławem Gluzińskim. Przyniesiono do niego 20-letniego chorego w silnym zapadzie z raną przeszywającą klatkę piersiową, zadaną w pojedynku w okolicę serca w 4 przestworze międzyżebrowym. Po rozwarciu rany wypadło płuco i wylewała się ciemna krew z jamy opłucnowej. Ponieważ B. nie znalazł krwawiącego naczynia (*mammaria interna*), zaszył ranę głębokimi szwami. W chwili badania znaczna odma podskórna i *pneumohaemothorax*. Drugiego dnia po zranieniu wybitne objawy *pneumopericardii:* charakterystyczny szmer młyńskiego koła (Morel-Lavallée), utrzymujący się tylko przez jeden dzień. W 2 tygodniu po zranieniu ponowna wybroczyna w jamie opłucnowej, stłumienie sięgało do kąta łopatki, a punkcya próbna stwierdziła płynną krew. Przy zachowaniu spokoju, stósowaniu worka lodowego i narkotyków, nastąpiło trwałe wyleczenie bez powikłań. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że i w tym przypadku serce było nakłóte. (Streszczenie własne). Po odpowiedzi prelegenta posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Papée*.

VIII. Korespondencye.

Paryż, w styczniu 1899 r.
(Dokończenie).

W Towarzystwie Lekarsko-Chirurgicznem mówił Depierris o wlewaniach do nosa, które zmierzają do tego, aby błona śluzowa jam nosowych i noso-gardzielowej przez czas jakiś stykała się z rozczynami środków lekarskich. Rozczyny takie wprowadza się przez jedno z nozdrzy, przechyliwszy w tył głowę. Przytem należy, aby ciecz nie dostała się do jamy gardłowej, albo oddychać spokojnie przez usta otwarte, lub też, jak radzi autor, wstrzymać oddech przy otwartych ustach. Gdy choremu braknie już oddechu, przechyla głowę naprzód i ciecz wypływa przez nozdrza. Do tych wlewań używać można różnych przyborów, choćby nawet zwyczajnej łyżki.

W Towarzystwie Medycyny i Chirurgii praktycznej zalecał Carron de la Carrière następujący sposób leczenia nieżytu jelit t zw. *entérite mucomembraneuse* u dzieci: 1) zwalczać zatwardzenie zapomocą środków przeczyszczających oleistych i codziennych wlewań, oraz mięsienia; 2) jako pożywienie podawać pokarmy dobrze wygotowane lub tłuczone *(purée)*, a także surową baraninę skrobaną; 3) działać uspakajająco na ogólny stan nerwowy zapomocą ciepłych natrysków; 4) unikać różnych przyczyn, mogących sprawę zaostrzyć, jako to: błędów w dyecie i przeziębienia; 5) łagodzić przewlekłe podrażnienie jelit zapomocą okładów nabrzusznych z ropy solnej *(eaux mères)* z Salles-de-Béarn; 6) przeprowadzić leczenie wodą w Plombiéres (dla dzieci nerwowych) lub w Châtel-Guyon (dla dzieci limfatycznych). — André Martin, opierając się na szeregu spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że *colite muco-membraneuse* jest jedną z postaci skazy, zwanej *neuro-arthritisme* i wskutek tego, oprócz usunięcia przyczyny wywołującej (niestrawność, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie macicy lub jajników i t. d.), niezbędnem jest zawsze leczenie ogólne, zwrócone przeciw wspomnianej skazie ustroju.

W Towarzystwie Terapeutycznem doradzał Gallois zapobiegać ciągłemu wyciekaniu płynu po nakłóciu w puchlinie brzusznej w sposób następujący: 1) zaraz po nakłóciu wysuszyć dobrze skórę dokoła otworu nakłócia; 2) posypać skórę dokoła krochmalem w proszku; 3) na samym otworku ułożyć trzy coraz większe kwadraciki hubki, jeden na drugim; 4) przytrzymując hubkę, nałożyć na nią dwa podłużne kawałki waty, krzyżujące się na hubce i przymocować je zapomocą kollodium; 5) na to wszystko nalać kollodium na 3 cm. wokoło. — Fournier twierdzi, iż miał pomyślne wyniki w 10 przypadkach przewlekłej gruźlicy płucnej po wstrzykiwaniach podskórnych 2% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie, dochodzących do 0·37 kwasu dziennie. Wstrzykiwania są mało bolesne i wogóle dobrze znoszone. — Blondel zaleca przeciwko upławom, mającym swe źródło w stanie zapalnym szyjki macicznej, następujący sposób: przez pięć minut przemywa jamę szyjki zapomocą cienkiej kaniuli 3% rozczynem dwuwęglanu sodowego. Następnie chwyta szyjkę w łyżki wziernika i gniotąc ją zlekka wyciska zawartość gruczołów szyjki, poczem ponownie ją przemywa. O ile szyjka nie jest wskutek przewlekłego zapalenia zwyrodniałą włóknisto, to wyleczenie następuje szybko w ciągu 1 do 2 tygodni. — Gabriel Maurange podaje, iż od lat trzech leczy kiłę głównie wstrzykiwaniem sublimatu w mięśnie pośladkowe (0,01 na 4 gr. roztworu fizyologicznego NaCl). Wstrzykiwania te powtarza co 2 dni przez dni 40 (czyli ogółem 20 wstrzyknięć). Następnie przez 2—4 tygodni przerwa w leczeniu, poczem znowu 10 wstrzyknięć w ciągu 20 dni. W rzadkich przypadkach zachodzi potrzeba

powtórzenia jeszcze jednej takiej seryi z 10 wstrzyknięć. Leczenie to nie sprawia choremu znaczniejszych bólów, nie przeszkadza mu w zajęciach, a wyniki mają być najzupełniej zadawalniające.

W Towarzystwie Dermatologicznem przedstawił Lenglet czyste hodowle prątka Ducreya (drobnoustrój wrzodu miękiego), których dotąd nie udawało się otrzymać. Składu pożywki, w jakiej hodowle te się rozwinęły, autor dokładnie nie podał; wspomniał tylko, iż zwrócił się do składników skóry ludzkiej, aby wytworzyć pożywkę, zbliżoną do przyrodzonego podłoża, w jakiem prątek Ducreya się rozwija. Zapomocą swoich czystych hodowli zdołał L. wywołać wrzód miękiego u ludzi i z niego znowu otrzymać hodowle czyste, które jednak wogóle giną już po 3 dniach. Szczepienia na zwierzętach nie udają się. Również nie udało się autorowi wyhodować prątków na zwykłych pożywkach. Gastou i Haury przedstawili wypadek nabłoniaka nosa, wyleczonego zapomocą sposobu Černego i Truneceka. W przypadku tym wykazało badanie drobnowidowe, że komórki rakowe były otoczone i oddzielone od siebie przez obfity naciek komórek pochodzenia limfatycznego. Ze zbadania 5 podobnych przypadków wynika, że im więcej w nowotworze komórek tego rodzaju, tem łatwiej można go wyleczyć wspomnianym sposobem. — Balzer podał następujące spostrzeżenie: u młodej dziewczyny rozwinął się po operacyi w okolicy ucha bliznowiec (keloid), który, raz usunięty, powrócił i dosięgnął rozmiarów jaja kurzego. Chora jest żółtawą, a w rodzinie jej było wiele przypadków gruźlicy. Wobec tego przeprowadził Balzer leczenie, doradzane już przez Marie'go, t. j. wstrzyknął do bliznowca 1 cm.^{3} 20% oliwy kreozotowej, co wywołało silny proces zapalny. Potem 9 razy jeszcze powtórzono podobne wstrzyknięcia, co sprowadziło ostatecznie zupełny zanik bliznowca. — Jacquet radzi leczyć wyłysienie w sposób następujący: szczotką z ostrej szczeciny nakłówać kilkakrotnie miejsca wyłysiałe i ich brzegi, powtarzając ten zabieg przynajmniej rano i wieczór; części zaś jeszcze nie wyłysiałe nacierać silnie także szczotką 2 razy na dzień. Celem podobnych zabiegów jest wzbudzenie lekkiej sprawy zapalnej, która mogłaby pobudzić czynności życiowe skóry. W samej rzeczy zdołał Jacquet w ten sposób w kilku przypadkach osiągnąć wyleczenie nader uporczywego wyłysienia w ciągu kilku miesięcy. Zabiegów tych należy dokonywać aseptycznie. Szczotkę trzeba wygotować, a przed każdem nakłówaniem zanurzać w następującej mieszaninie: *Alcoh. 96%—80·0, Ol. Ricini 20·0, Sublim. corros 0·10. Ext. opoponax, Trae Cochenillae aa gut. XX* i dobrze obtrząsnąć przed użyciem.

W Towarzystwie Położników Paryskich przedstawili Bar i Keim zajmujące spostrzeżenie. Kobieta z miednicą zwężoną ogólnie, główka wysoko; na mieście 2 razy zakładano kleszcze bez skutku. Przywieziono chorą do kliniki, gdzie powiodło się z łatwością założyć kleszcze. Podczas pociągania usłyszano trzaśnięcie, poczem główka natychmiast zeszła do próżni miednicy; dziecko wydobyto żywe. Natychmiastowe badanie wykazało pęknięcie spojenia łonowego; części miękie, pod niem się znajdujące, uległy rozdarciu. Pochwa była rozdartą na całej prawie wysokości z prawej strony i mocno krwawiła. Ranę sromu zaraz zeszyto, w cewce moczowej pozostawiono cewnik, a po rozwiązaniu wytamponowano szczelnie macicę i pochwę. Mimo to krwawienie nie ustawało, a stan chorej zaczął się pogarszać. Wobec tego wyjęto tampony i założono gazę jodoformową, napojoną 10% roztworem żelatyny, poczem krwotok ustał. Stan chorej wciąż jednak był groźnym, wystąpiła gorączka, a na piąty dzień chora zmarła z oznakami ostrego zakażenia. W przypadku tym żelatyna działała tamująco, autorowie zapytują jednak, czy nie przyczyniła się ona pod pewnym względem do zakażenia, jako ogólnie dobra pożywka dla drobnoustrojów? — Demelin i Leroy podali przypadek śmierci z ostrego zakażenia połogowego, w którym sekcya wykryła galaretowaty obrzęk więzów szerokich, wywołany, jak się okazało, przez prątki wąglikowe. Zmarła pracowała w fabryce obuwia.

W Towarzystwie Położniczo-Ginekologicznem zalecają Maygrier i Blondel leczyć rozpadliny brodawki sutkowej zapomocą ortoformu w proszku lub w roztworze wyskokowym. — Porak i Durante opisywali przypadek macicy dwudzielnej, w którym po porodzie stan był dobry, lecz 9-go dnia nagle nastąpiła śmierć. Przy sekcyi znaleziono wrodzony brak nerki; jajniki cienkie, wydłużone w formie pałeczek; w tętnicy płucnej 3 świeże zatory, które spowodowały śmierć nagłą. Przyczyną ich było zakaźne zapalenie żyły miednicowej prawej, datujące od jakich 4—5 dni. Przy badaniu bakteryologicznem znaleziono w ognisku zapalnem krótkie prątki, przypominające *bacterium coli*. We krwi nie można było ich wykryć. Chora przed śmiercią nie przedstawiała żadnych oznak zakażenia. *W. Kania.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 lutego 1899 r.

† Dr. LUDWIK WISZNIEWSKI

D. 18 b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Ludwik Wiszniewski, wielkiego wzięcia lekarz praktyczny, radny miasta Krakowa, członek Towarz. lekar. krak. i Towarz. ginekologicznego, konsulent sanitarny dyrekcyi kolei państw., lekarz Zakładu dla nieuleczalnych im. Helclów, członek wielu innych towarzystw naukowych i dobroczynnych.

Ś. p. Ludwik Wiszniewski przyszedł na świat r. 1847 w Niepołomicach, szkoły średnie i nauki lekarskie odbył w Krakowie; następnie wiedzę swą pogłębiał i rozszerzał w Wiedniu, specyalnie poświęcając się pedyatryi i ginekologii. Po powrocie do Krakowa pracował w szpitalu św. Łazarza i w owym czasie ogłosił 8 prac z dziedziny pedyatryi i chirurgii.

Niezmordowaną pracą, skrzętną zapobiegliwością, sumiennem traktowaniem zawodu, czynami względności, wyrozumiałości i miłosierdzia, zjednał sobie ś. p. Ludwik Wiszniewski nie tylko wielką wziętość, lecz i szczere uznanie szerokiego ogółu. W kołach koleżeńskich posiadał poważanie i wiele sympatyi, w dowód czego powierzano mu urząd wiceprezesa Tow. lek. krak., a później godność wiceprezesa Tow. ginekologicznego, którą do końca życia piastował. W radzie miejskiej pracował gorliwie w sekcyach sanitarnej i dobroczynnej i wiele zasług położył w Towarzystwie dobroczynności, jako jego wiceprezes. Najlepszy kolega, szlachetny człowiek, światły lekarz, dobroczynny i miłosierny, zeszedł do grobu wśród głębokiego żalu i błogosławieństw społeczeństwa, któremu poświęcił swój pracowity żywot.

Zmarł z duru brzusznego w 52 roku życia.

Cześć Jego pamięci!

— Otrzymujemy następujące pismo:

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe.

»Jednem z głównych zadań pogotowia ratunkowego, utrzymywanego we dnie i w nocy przez Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe, jest oprócz udzielania pierwszej pomocy w przypadkach nagłych chorób, także w specyalnych na ten cel urządzonych wozach przewożenie chorych. Dotychczas z powodu braku odpowiednich urządzeń, nie mogło pogotowie ratunkowe przewozić osób, dotkniętych chorobami zakaźnemi, jak ospą, płonicą, odrą, durem, różą itp., co narażało społeczeństwo na bardzo wielkie niedogodności, a było dla Towarzystwa Ratunkowego znacznem ograniczeniem w usługach, jakie winno było oddawać cierpiącej ludzkości. To też od lat kilku pragnął Wydział Towarzystwa Ratunkowego uzupełnić w tym kierunku działalność pogotowia ratunkowego, lecz zamiary jego rozbijały się o brak potrzebnych na ten cel funduszów. Nareszcie obecnie, wprawdzie nie z ofiar publiczności, jak dotąd niezbyt dla Towarzystwa Ratunkowego hojnej, ale z samopomocy, mógł Wydział zaopatrzyć pogotowie ratunkowe we wszystko to, co do przewożenia takich chorych jest konieczne, a głównie w umyślnie na ten cel urządzony wóz, dający się po każdem użyciu doszczętnie odkazić. Równocześnie wygotował Wydział dla personalu, przy przewożeniu takich chorych zajętego,

dokładną instrukcyą, na prawidłach nauki opartą, i zarządził wszystko w najdrobniejszych szczegółach, co uważał za potrzebne, aby jak największe zyskać bezpieczeństwo co do zupełnego uchronienia publiczności przed temi zarazami.

Podając zarządzenia te Wydziału Towarzystwa Rat. do wiadomości społeczeństwa naszego, zapewniamy równocześnie, że wóz ratunkowy dla zakaźnych chorych przeznaczony, nigdy do przewożenia innych chorych używany nie będzie, intelligentny zaś i sumiennie do przepisów stosujący się personal pogotowia ratunkowego, bo z młodych lekarzy się składający, daje rękojmią, że wóz po każdem użyciu według prawideł nauki odkażeniu poddany, będzie zupełnie bezpiecznym.

Przy tej sposobności przypominając publiczności Towarzystwo Ratunkowe polecamy aż nadto skromne fundusze Towarzystwa opiece tego społeczeństwa, któremu Towarzystwo Ratunkowe chętnie a zawsze bezinteresownie i dodatnio służy.

Kraków, dnia 17/2 1899.

Sekretarz: Prezes:

Dr. Michał Śliwiński. *Prof. Dr. Bol. Wicherkiewicz.*

— WP. Dr. Władysław Ściborowski ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. następujące dary: 1) »Rocznik Towarzystwa naukowego krakowskiego«, Ser. I. T. 1—15, S. II. T. 2—8, S. III. T. 1—21, ogółem komplet, złożony z 44 tomów. 2) »Zbiór wiadomości do antropologii krajowej« — komplet, złożony z 18 tomów. 3) »Sprawozdania komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności w Krakowie«, całkowity zbiór, złożony z 33 tomów. 4) Wielką encyklopedyę Orgelbranda w 28 tomach. Zbogacając księgozbiór Towarzystwa obecnie 122 wykwintnie oprawnymi tomami cennych, w znacznej części w obiegu wyczerpanych, a kompletnych wydawnictw, nie po raz pierwszy objawia Szanowny Ofiarodawca tak wielką życzliwość dla Biblioteki, gdyż już przed kilku laty obdarzył Bibliotekę Tow. podobnym zbiorem »Pamiętnika Akad. Umiej.«, »Rozpraw Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii«, »Tygodnika lekarskiego«, »Przeglądu lekarskiego« i t. d. Za te hojne dary składam Mu w imieniu Zarządu Towarzystwa najgorętsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza konkurs na nagrodę, ustanowioną przez Dra Jonatana Warschauera, wyznaczając na temat pracy konkursowej: »Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń«. Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii, oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem, autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek. Nagroda konkursowa wynosi 1.200 złr. w. a. Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31 grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samem godłem. Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901 r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy, w rocznicę zgonu Dra J. Warschauera, to jest 10 listopada.

— V. Zjazd francuskich internistów rozpocznie się 2 lipca b. r. w Lille. Przedmiotem obrad będą: »Myocarditis« (ref. Huchard i Renaut) »Bielica« (ref. Denis i Sabrazès) i »Przywykanie do leków« (ref. Simon i Heymans). Informacyi udziela sekretarz zjazdu, Dr. Combemale w Lille, Boul. de la Liberté, 128.

— Międzynarodowa konferencya w sprawie zapobiegania szerzeniu się kiły i chorób płciowych zbierze się w Brukseli w dniu 4-go września b. r.

— VII. międzynarodowy zjazd w sprawie zwalczania alkoholizmu ma się odbyć w Paryżu 4—9 kwietnia 1899.

— We wrześniu 1899 ma się odbyć w Budapeszcie zjazd międzynarodowy w sprawie opieki nad dziećmi. Oprócz sekcyi prawniczej, wychowawczej i dobroczynnej będzie obradować na zjeździe sekcya lekarska nad następującemi sprawami: hygiena dzieci, opieka nad podrzutkami, opieka nad kalekami, zabawy i gry dziecinne, hygiena szkolna, hygiena młodocianych robotników, alkoholizm u dzieci.

— W Paryżu powstać ma towarzystwo pedyatryczne.

— Sprawa zakładów ludowych dla suchotników postępuje w Niemczech bardzo szybko naprzód. W Saarbrücken powstaje zakład na 100 łóżek kosztem przedsiębiorstw przemysłowych okolicznych, które złożyły 200000 M.; drugą połowę kosztów pokryje pożyczka z zakładów ubezpieczeń na życie. W okręgu Essen i Mülheim nałożono na utrzymanie zakładów na ludność po 1 feniku rocznie na głowę. Centralny zarząd Towarzystwa budowy takich zakładów udziela mniej zamożnym okolicom odpowiednich pożyczek. W Würtembergii zapewnił sobie miejscowy komitet z jednorazowych składek już 74.000 M. — a z rocznych — 5000 M. Kasa oszczędności ofiarowała pożyczkę 300000 M. na 1%, zwrotną w 50 latach itp. Wogóle istnieje w Niemczech 33 towarzystw, budujących zakłady, a 20 zakładów jest już czynnych. Żywy ruch w tym kierunku rozwija się w Rosyi, gdzie przodują Inflanty. W Warszawie, jak donosiliśmy, wzięto się raźno do dzieła. W Galicyi ma powstać zakład w Zakopanem, pod kierunkiem Dra Dłuskiego, ale o ludowych uzdrowiskach dotąd głucho....

— Zdaje się, że w Niemczech zanosi się nareszcie na ograniczenie nad miarę wybujałego partactwa lekarskiego; przemawiałaby za tem przynajmniej okoliczność, że ministeryum oświaty zażądało od Izb lekarskich tamtejszych orzeczeń, określających szkody, wyrządzone przez partactwo.

— W Odessie ma być w jesieni b. r. otwarty wydział lekarski.

— Dość dziwna sprawa sądowa rozegrała się niedawno w Pau we Francyi. Pewnego lekarza oskarżono o to, że stał się sprawcą śmierci operowanej przez siebie chorej, a to pozostawiając przez nieuwagę kleszczyki zaciskowe w jamie brzusznej. Lekarz oświadczył, że niepodobna, aby to było przyczyną śmierci, która nastąpiła już w 3 godziny po operacyi i utrzymywał, iż chora została otrutą. Wobec tego mąż chorej oskarżył lekarza jeszcze o potwarz i oszczerstwo. Przed sądem zażądał lekarz ekshumacyi zwłok i sekcyi sądowo-lekarskiej. Sąd wydał wyrok co najmniej zagadkowy, a mianowicie — nie zezwolił na ekshumacyę..., lecz uwolnił zarazem lekarza od wszelkiej odpowiedzialności.... (»Med. moderne«, 1899, Nr. 11).

— W Chinach poczęło wychodzić w Hongkong pierwsze pismo lekarskie. W Japonii jest ich już 30.

— Nowe prawo o szczepieniu w Anglii wydało w ciągu trzech miesięcy taki wynik, że 275000 dzieci uchyliło się od szczepienia.

Mianowania. Doc. Dr. Kümmel mianowany profesorem nadzwyczajnym otyatryi i laryngologii w Wrocławiu; Dr. Held profesorem nadzwycz. anatomii w Lipsku; prof. Garré z Rostocku powołany został na katedrę chirurgii w Bazylei na miejsce zmarłego Socina. Dr. Czermak mianowany zwycz. prof. anatomii porów. i embryologii w Dorpacie.

Zmarli: Dr. Józef Maciulski w Rudkach. Dr. Monier, prof. chemii biologicznej w Genewie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Nowinach lekarskich* Z. 2: Dr. Szuman L.: Spostrzeżenia dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, z przerostu gruczołu krokowego wynikających. Dr. Flatau E.: Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań. Dr. Sędziak Jan: Kilka uwag w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani (dok.). W *Medycynie* Nr. 7: Dr. Funk J.: O cierpieniach skóry, towarzyszących błednicy. Kraushar M.: Kilka słów o krzywicy w Warszawie (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Paschkis: Agenda therapeutica. Wiedeń, 1899. (Zestawienie nowszych środków i przepisów lekarskich).

— Radca dworu prof. Rydygier: 1) Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie (odb. z »Gaz. lek.«). To samo po niemiecku (odb. z „Wr. klin. Woch."). 2) Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran (odb. z »Medycyny«). 3) Einige Bemerkungen über die auf unserer klinik geübte Methode der Anti- u. Asepsis (odb. z »Wr. klin. Woch.«). 4) Mittheilungen aus der chirurg. Klinik in Lemberg (odb. z „Wr. klin. Woch.").

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie we środę, dnia 1 marca b. r. o godzinie 6-tej wieczór w sali Śniadeckich (Collegium novum) z następującym porządkiem dziennym:

Kol. Bier wypowie rzecz: „O nowszych sposobach odkażania przestrzeni".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 5791/99.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państw. z siedzibą *w Tarnowie* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Tarnowie przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 59·3 do kilometra 93·4 na linii Kraków-Podwołoczyska i od kilometra 0·0 do kilometra 0·47 na linii Tarnów-Orło, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Biadoliny, Bogumiłowice, Tarnów i Wola rzędzińska. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jako też wykonania innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 800 złr. i 120 złr. ryczałtu na dorożki rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 maja 1899 r.

Kraków, dnia 7 lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 4545/90.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą *w Węgierskiej Górce* lub też ewentualnie *w Milówce* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Węgierskiej Górce przydzielona jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 28·0 na linii Zwardoń-Nowy Sącz, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Zwardoń, Sól, Rayeza, Milówka i Węgierska Górka. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków Kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej okreslonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 600 złr. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgać można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od dnia 1-go kwietnia 1899 roku.

Kraków, dnia 6-go lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.